

## CASO CLÍNICO

# Melanoma Amelanótico Nodular tipo Queloide. Una evaluación diagnóstica: Clínica, dermatoscópica e histopatológica

Enrique Úraga,\* Juan Carlos Garcés,\*\* Verónica Úraga,\*\*  
María Cecilia Briones,\*\* Carolina Valdiviezo\*\*\*\*\*

- \* Director del Centro Dermatológico "Dr. Úraga" Director del postgrado de Dermatología de la UCSG  
\*\* Dermatopatólogo  
\*\*\* Médico dermatólogo del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"  
\*\*\*\* Residente de 3er año del posgrado de Dermatología de la UCSG

Correspondencia a:  
drenriqueuragap@hotmail.com

Palabras clave: Cicatriz queloide.  
melanoma amelanótico, dermatoscopia

Fecha de recepción: 11-01-2021  
Fecha de aceptación: 19-02-2021  
Fecha de publicación: 28-04-2021

## RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con una tumoración recidivante, tratada anteriormente por varios especialistas y con confusas manifestaciones clínicas e histopatológicas. Se realiza el diagnóstico diferencial clínico, dermatoscópico y el estudio histopatológico que permitieron encaminarnos hacia el manejo adecuado del problema.

## INTRODUCCIÓN

Cuando en ocasiones nos llegan casos con historia evolutiva de algún tiempo y que han recibido tratamiento médico o quirúrgico previos, podemos vernos enfrentados a diagnósticos complicados por el hecho de un probable cambio en la presentación clínica de la lesión lo que nos puede llevar a confusiones que impliquen retardo en la terapia o errores en la misma.

Reportamos un caso con estas características, que precisó una investigación clínica detallada y de procedimientos que nos permitió arribar a un diagnóstico con solución y manejo del problema.

## CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 58 años, sin antecedentes patológicos personales de importancia, consulta

por primera ocasión, presentar un tumor exofítico, sésil, lobulado, duro, de  $\pm$  3 cm de diámetro aproximado, eritematoso, con costra negruzca hacia la parte inferior, sobre placa eritematosa de  $\pm$  10 cm de diámetro y cicatriz lineal hipertrófica por extirpación previa, localizado en tórax anterior (Fig. 1).

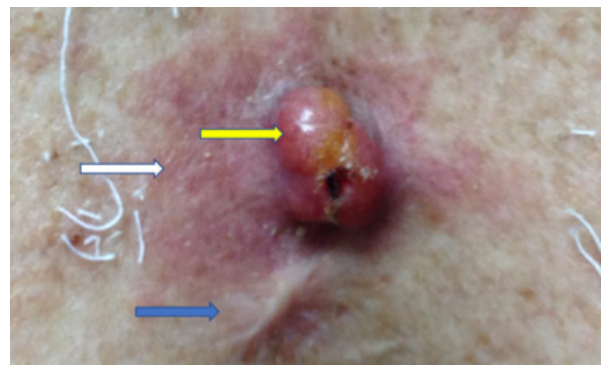


Figura 1: La flecha amarilla indica lesión nodular rojo amarillenta con una costra hemorrágica en su superficie. La flecha blanca nos muestra la periferia lesional eritematosa e inflamada. La flecha azul nos permite ubicar la cicatriz testigo de la extirpación primaria.

Como antecedente, el paciente refiere que un año atrás, acudió a médico especialista por presentar en el mismo lugar, una lesión macular de color marrón, la misma que fue extirpada completamente y remitida para estudio histopatológico y cuyo diagnóstico fue: Nevo de unión. Sin embargo, al año de la cirugía, sobre la cicatriz previa, aparece una pequeña tumoración que aumenta progresivamente de tamaño por lo que acude a nuevo facultativo, quien diagnostica cicatriz queloide e inicia tratamiento con infiltración intralesional de corticoide en 2 ocasiones. La lesión continúa aumentando tanto en tamaño como en su carácter inflamatorio, y al cabo de un mes nos consulta.

Con los datos anteriores, esbozamos algunos posibles diagnósticos diferenciales que lo ponemos a consideración de manera visual, comparando la lesión descrita con otros casos sugestivos, en su mayor parte sacados de nuestro archivo de pacientes. (Tabla 1)



Tabla 1: Posibles diagnósticos diferenciales de acuerdo a las características clínicas.

Se practica examen dermatoscópico que nos permite magnificar la lesión antes descrita, en la que podemos observar la presencia de múltiples vasos irregulares y tortuosos, vasos en asa u horquilla, zonas de coloración rojo lechosa y la presencia de una costra hemorrágica sugestiva de un proceso ulcerativo. (Fig. 2)

Con estos hallazgos dermatoscópicos realizamos una investigación bibliográfica<sup>1-6</sup> de las manifestaciones dermatoscópicas en las diversas patologías elegidas para el diferencial clínico antes señalado y encontramos lo siguiente. (Tabla 2)

De acuerdo con los resultados de este cuadro, podemos concluir que la patología con mayor porcentaje de estructuras positivas es el melanoma amelanótico, con 4 estructuras presentes y con un promedio de 3 cruces en cada una. En segundo lugar se ubica el dermatofibrosarcoma protuberans, también con 4 estructuras pero con un pro-

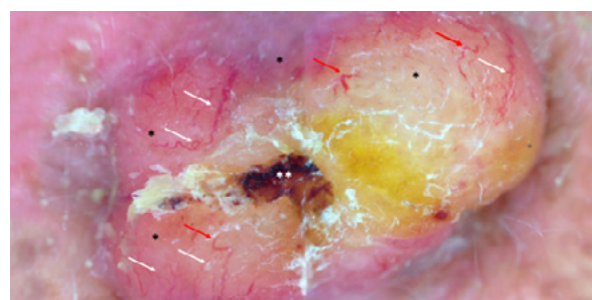


Figura 2: Las flechas blancas señalan la presencia de los vasos irregulares lineales y tortuosos, las flechas rojas ubican los vasos en horquilla, los asteriscos negros señalan las zonas rojo-lechosas y el doble asterisco blanco la zona con costra hemorrágica.

| ESTRUCTURAS                | QUELOIDE | MMA | CBC | CBC METATÍPICO | DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS | CCE NODULAR | GRANULOMA PIÓGENO |
|----------------------------|----------|-----|-----|----------------|---------------------------------|-------------|-------------------|
| Vasos lineares irregulares | +++      | +++ |     |                | +                               | ++          |                   |
| Vasos Arborizantes         | +        |     | +++ | +++            | +                               |             |                   |
| Vasos Polimorfos-horquilla |          | ++  |     | ++             | +                               | +           |                   |
| Ulceración                 |          | +++ | +   |                |                                 |             | +++               |
| Áreas rojo lechosas        |          | +++ | +   |                | ++                              |             | +                 |

Tabla 2: Se muestran las características dermatoscópicas de cada uno de los diagnósticos diferenciales, marcando con cruces la frecuencia de presentación de cada una de las 5 estructuras escogidas para cada enfermedad.

medio de una cruz por estructura y en tercer lugar el carcinoma basal-celular con 3 estructuras y un promedio de 2 cruces.

Con esta evaluación previa se realiza una biopsia incisional y se remite para estudio histopatológico con tres diagnósticos presuntivos; queloide, carcinoma de células escamosas tipo queratoacantoma, ambos casos sugeridos en base a la historia y aspectos clínicos y por último el de melanoma amelanótico por los hallazgos dermatoscópicos.

El estudio histopatológico reporta los siguientes resultados: (Fig. 4 y 5)

- Piel con neoplasia maligna nodular ubicada en dermis que ulcerada la piel y se extiende hasta dermis reticular profunda casi hasta el límite con el tejido celular subcutáneo, con profundidad máxima de aproximadamente 9 mm y constituida por una proliferación de células fusiformes con citoplasma amplio eosinofílico dispuesto en haces irregulares
- La epidermis adyacente no presenta un claro componente epidérmico
- Infiltrado linfoplasmocitario asociado es moderado
- Bordes quirúrgicos libres de tumor aunque en focos se encuentra cercano

Se practica estudio inmunohistoquímico con un resultado de S100 y Melan A positivos y CD34, citoqueratina de alto peso molecular y HMB45 negativos. (Figs 6 y 7)

La biopsia de acuerdo con estos resultados reporta:

- MM nodular nivel IV de Clark (invasión extensa en dermis reticular)
- 9,0 mm de profundidad según Breslow
- Morfología fusocelular
- 24 mitosis por 1 mm<sup>2</sup> de superficie
- Reacción inflamatoria linfoplasmocitaria moderada
- Ausencia de signos de regresión
- Ausencia de invasión vascular
- Presencia de ulceración
- Bordes quirúrgicos laterales y profundos libres de tumor

Diagnóstico histopatológico final

- Melanoma amelanótico nodular tipo queloide

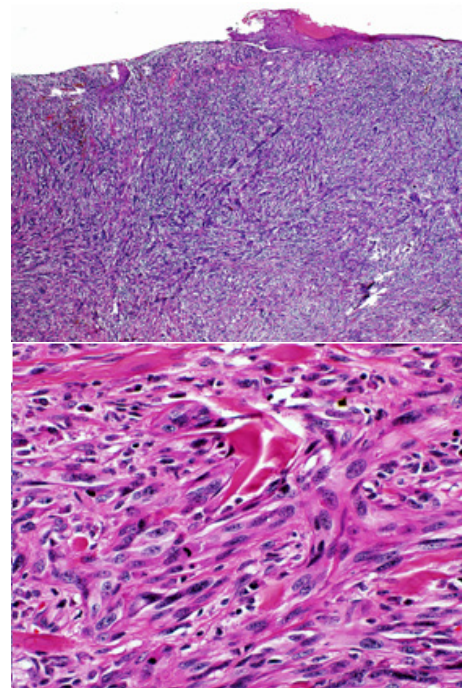


Figura 4 y 5: Visión panorámica y acercamiento de la histopatología de la lesión maligna nodular ubicada en dermis que ulcerada la piel y se extiende hasta dermis reticular profunda.

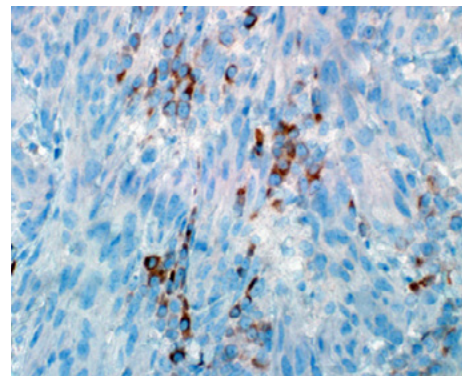


Figura 6: S100 positivo difuso en moderada intensidad.

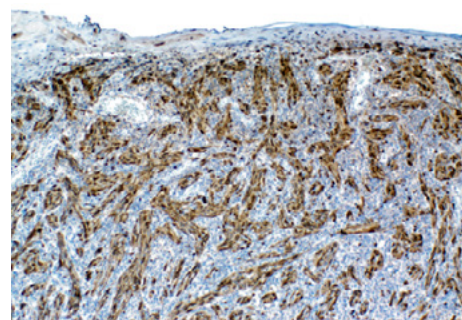


Figura 7: Melan A positivo débil y focal.

## EVOLUCIÓN

Con los resultados obtenidos, el paciente acudió a un centro de especialidad oncológica en Estados Unidos, donde se confirmó el diagnóstico, habiendo sido sometido a la investigación protocolar, estudio de imágenes y estudio de ganglio centinela el cual fue positivo en axila izquierda.

Se practicó resección ampliada de la lesión original y extirpación de los ganglios comprometidos de la axila afectada. No se realizó quimioterapia. Hasta el momento actual, cinco años después, el paciente se encuentra libre de recidivas

## DISCUSIÓN

Sabemos que existen puntos sin aclarar en la etiología del melanoma, pero al parecer esta claro que la exposición solar, la existencia previa de ciertos nevos y sobre todo el papel de factores genéticos hereditarios son los puntos más importantes en su patogenia.

El melanoma maligno generalmente se puede dividir en 4 tipos comunes<sup>7</sup>:

1. Melanoma lentiginoso acral,
2. Melanoma lentigo maligno,
3. Melanoma nodular
4. Melanoma de extensión superficial

La forma denominada melanoma maligno amelanótico (MMA) debido a su falta de pigmentación está considerado como una variante, que fácilmente escapa a la imaginación de los examinadores y que con mucha frecuencia se diagnostica en fases avanzadas cuando se presenta como un nódulo vascular engrosado y a veces ligeramente ulcerado.<sup>8</sup> Está considerado dentro del grupo de los grandes simuladores como lo cita Koch en su reporte<sup>9</sup> y en este caso específicamente este criterio se cumple al ser etiquetado como una cicatriz (Tabla 3) tipo queloides.<sup>10</sup>

El melanoma maligno representa del 3 al 5% de todas las neoplasias malignas de piel, es muy metastásico y

### MELANOMA AMELANÓTICO Y DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS QUE PUEDE SIMULAR

#### LESIONES BENIGNAS

Nevo Intradérmico  
Queratosis Seborreica  
Verruga Vulgaris  
Dermatitis  
Granuloma piogeno  
Nevo depigmentoso  
Granuloma anular  
Cicatriz  
Queratosis actínica  
Linfocitoma cutis

#### LESIONES MALIGNAS

Basal cell carcinoma  
Keratoacanthoma  
Bowen Disease  
Merkel cell carcinoma  
Atypical fibroxanthoma

Tabla 3: Tomada del artículo de Koch et al.<sup>9</sup>

representa aproximadamente el 75% de las muertes por tumores malignos cutáneos, mientras que la variante amelanótica tiene una incidencia de alrededor del 8% del total de melanomas. El melanoma amelanótico tipo queloides es aún más raro y existen pocos reportes del mismo.<sup>10</sup>

## CONCLUSIÓN

- Dentro de los grandes simuladores el melanoma maligno amelanótico ocupa un lugar de suma importancia tanto por su inusual aspecto como por el alto precio que significa el ignorarlo
- El conocimiento de los casos reportados y la ayuda de la dermatoscopia permiten un diagnóstico precoz
- La marcada rareza del tipo queloides obliga a extremar la imaginación en el caso de cicatrices inflamadas con historia sugestiva
- Hasta el presente año (2020) solo 3 casos de MMA tipo queloides sobre cicatriz quirúrgica han sido reportados en la bibliografía a nuestro alcance<sup>10-12</sup>

y solo uno de ellos en una publicación dermatológica.<sup>12</sup> Una adecuada historia clínica previa es muy necesaria en estos casos para alcanzar los resultados apetecidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mahmoud Abdallah Å, Marwa Yassin Å, Noha Saber. Dermoscopic Features of Keloid versus Hypertrophic Scar. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* 2018; 70;622-624.
2. Gabriel Salerni, Rosario Peralta, Sonia Rodríguez Saá, Emilia N. Cohen Sabban y Horacio A. Cabo. Dermatoscopia del melanoma amelanótico / hipomelanótico. *Dermatol. Argent.* 2017; 23 (4); 208-210.
3. Wosniak- Rito A, Zalaudek I, Rudnika L. Dermoscopy of basal cell carcinoma. *Clinical and Experimental Dermatology*.2018;vol 43;241-247.
4. Escobar GF, Ribeiro CK, Leirte LL. Dermoscopy of Dermatofibrosarcoma Protuberans. *Dermatol Pract Concept* 2019;2;10.
5. Lin MJ, Pan Y, Jalilian C,Kelly JW. Dermoscopic characteristics of nodular squamous cell carcinoma and keratoacanthoma *Dermatol Pract Concept* 2013;4;2
6. Carneira de Castro CG, Leroy AK, Bresciani C, Tavares L, Amorin T, Simao R, Tinhoso G. Dermoscopy of Pyogenic Granuloma. *Revista SPDV* 2016;74;1
7. Infante MC, González ME, Jaén L, Del Valle S. Melanoma cutáneo: algunas consideraciones actuales. *Medisan* 2019; 23 ; 1
8. Bono A, Maurichi A, Moglia D, Camerini T, Tragni G, Lualdi M, Bartoli C. Clinical and dermatoscopic diagnosis of early amelanotic melanoma. *Melanoma Research* 2001, 11, pp. 491-494.
9. Koch SE, Lange JR, Amelanotic melanoma: The great masquerader. *JAAD* 2000;42:731-4.
10. Jinjing J, Wang M, Song L, Feng Y. Amelanotic malignant melanoma presenting as a keloid. *Medicine* 2017;96 (e9047)
11. Brandt JS, Fishman S, Magro CM. Cutaneous melanoma arising from a cesarean delivery skin scar. *Journal of Perinatology* 2012;32;807-809
12. Krajewski PK, Chlebicka I, Tyczynska K, Szepietowski JC. Red Nodule in a Post-surgical Scar: A Quiz. *Acta Derm Venereol* 2020;100: adv00184