

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

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

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.

por primera ocasión, presentar un tumor exofítico, sésil, lobulado, duro, de +- 3 cm de diámetro aproximado, eritematoso, con costra negruzca hacia la parte inferior, sobre placa eritematosa de +- 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 que loide 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 bibliográfica¹⁻⁶ 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-

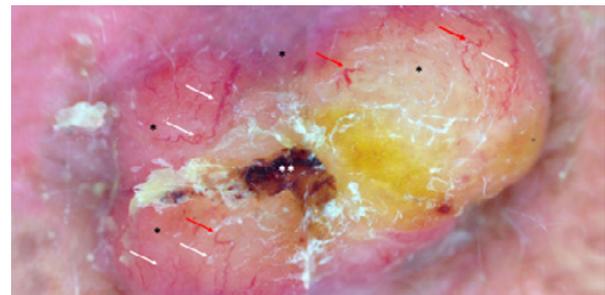


Figura 2: Las flechas blancas señalan la presencia de los vasos irregulares lineares y tortuosos, las flechas rojas ubican los vasos en horquilla, los asteriscos negros señalan las zonas rojo-lechosas y el doble asterisco blanco la zona con costra hemorrágica.

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 S 100 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 mm² 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

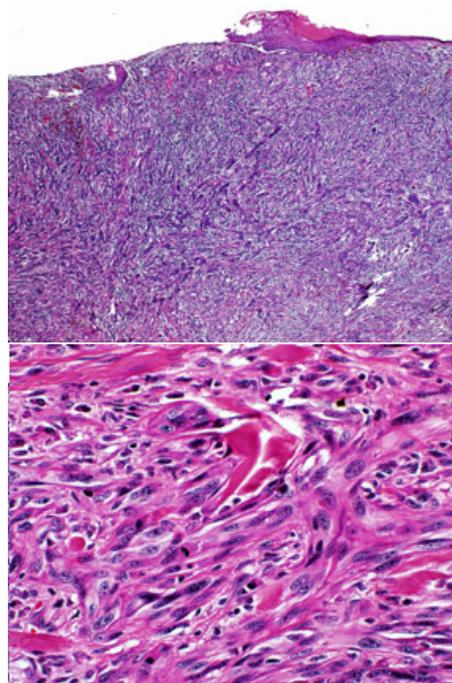


Figura 4 y 5: Visión panorámica y acercamiento de la histopatología de la lesión maligna nodular ubicada en dermis que ulcerada la piel y se extiende hasta dermis reticular profunda.

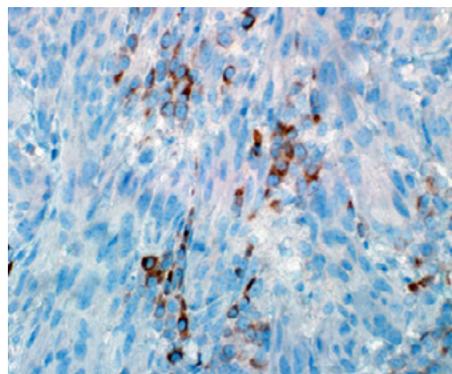


Figura 6: S100 positivo difuso en moderada intensidad.

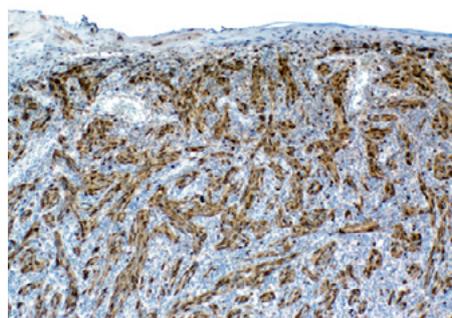


Figura 7: Melan A positivo débil y focal.

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 comunes⁷:

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 diagnóstica en fases avanzadas cuando se presenta como un nódulo vascular engrosado y a veces ligeramente ulcerado.⁸ Está considerado dentro del grupo de los grandes simuladores como lo cita Koch en su reporte⁹ y en este caso específicamente este criterio se cumple al ser etiquetado como una cicatriz (Tabla 3) tipo queiloide.¹⁰

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
 Merckel cell carcinoma
 Atypical fibroxanthoma

Tabla 3: Tomada del artículo de Koch et al.⁹

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 queiloide es aún más raro y existen pocos reportes del mismo.¹⁰

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 queiloide 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 queiloide sobre cicatriz quirúrgica han sido reportados en la bibliografía a nuestro alcance¹⁰⁻¹²

y solo uno de ellos en una publicación dermatológica.¹² 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