

Caso clínico

Melanoma nodular hipomelanótico

Lizbeth Riera Leal,* Annie Riera Leal,* Ricardo Quiñones Venegas,** María del Rocío Ferrusco Ontiveros,** Gabriela Briseño Rodríguez,** Mercedes Hernández Torres**

RESUMEN

El melanoma nodular hipomelanótico representa hasta 8.1% de los melanomas y se identifica por la escasez de pigmento. Su polimorfismo clínico y la falta de un patrón dermatoscópico característico han convertido a esta neoplasia en un verdadero reto diagnóstico, lo que ocasiona frecuentemente errores clínicos, retrasos en el tratamiento y un mal pronóstico para estos pacientes. Exponemos los hallazgos en la dermatoscopia de dos pacientes diagnosticados histopatológicamente con melanoma nodular hipomelanótico y comparamos nuestros resultados con los reportados por otros autores.

Palabras clave: melanoma nodular hipomelanótico, dermatoscopia.

ABSTRACT

Hypomelanotic nodular melanoma accounts for up to 8.1% of melanomas and it is identified by the lack of pigment. Its clinical polymorphism and the lack of a distinctive dermoscopic pattern have become this neoplasm in a real diagnostic challenge, often associated to misdiagnosis, delays in the treatment and leading to a poor prognosis of the patients. We describe dermoscopic features in two lesions, diagnosed as hypomelanotic nodular melanoma on biopsy, comparing our findings with those reported by other authors.

Key words: hypomelanotic nodular melanoma, dermoscopy.

El melanoma nodular hipomelanótico representa un verdadero reto diagnóstico, aun entre los especialistas. Se trata de una variante infrecuente de melanoma que se distingue por escasez de pigmento en la inspección ocular. Representa entre 1.8 y 8.1% del total de los melanomas, de acuerdo con las diferentes series.^{1,2} A pesar de que se han descrito tres presentaciones clínicas principales, se sabe que éstas varían dependiendo de la localización del tumor, y la mayoría de los autores reportan como la más común la forma

pápulo-nodular.^{3,4} La dermatoscopia es una herramienta útil; sin embargo, la falta de un patrón clínico dermatoscópico característico generalmente dificulta y retarda el diagnóstico o el tratamiento adecuado, con lo cual empeora el pronóstico para estos pacientes.

Exponemos los hallazgos dermatoscópicos en dos pacientes con melanoma hipomelanótico, quienes acudieron al Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio.

INFORME DE CASOS**Caso clínico 1**

Paciente femenina de 40 años, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco; refirió la existencia, desde la infancia, de un “lunar” en el dorso del pie derecho; siete meses antes notó que aumentó de tamaño, sin otro síntoma asociado. El examen físico confirmó una neoformación que afectaba el dorso del pie derecho, hacia el borde externo; era de aspecto nodular, eritematosa, con escamas y costras hemáticas y con bordes precisos y medía 2.4 × 1.5 × 1 cm. Se consideraron diagnósticos diferenciales: poroma ecrino, carcinoma de células de Merkel y carcinoma espinocelular. El examen dermatoscópico mostró

* Residente de cuarto año de Dermatología.

** Médico adscrito a la Consulta Externa de Dermatología. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

Correspondencia: Dra. Lizbeth Riera Leal. Belisario Domínguez 1063-2, colonia Lomas de Independencia, CP 44240, Guadalajara, Jalisco, México. Correo electrónico: rieraleal@yahoo.com.mx
Recibido: septiembre, 2011. Aceptado: noviembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: Riera-Leal L, Riera-Leal A, Quiñones-Venegas R, Ferrusco-Ontiveros MR y col. Melanoma nodular hipomelanótico. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(3):209-212.

www.nietoeditores.com.mx

un componente vascular importante, formado por vasos lineales irregulares, puntiformes y en horquilla, velo azul blanco, glóbulos rojos-lechosos y glóbulos marrón; en la periferia de la lesión se observó una red de pigmento atípica en forma de parches (Figura 1). A la paciente se le realizó una biopsia incisional y análisis histopatológico, y se reportó diagnóstico de melanoma nodular con Breslow de 3.2 mm.

Caso clínico 2

Paciente femenina de 45 años de edad, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco; refirió la existencia de un “lunar” de dos años de evolución en la región plantar del pie derecho; en los últimos seis meses experimentó aumento de tamaño, lo que le provocaba molestias al deambular. El examen físico reveló una neoformación que afectaba el talón derecho, sésil, de aspecto nodular, eritematosa, de superficie predominantemente lisa, friable, brillante, de bordes precisos y con áreas de pigmento (en su extremo

inferior) de 4 × 3 × 2 cm. Se consideraron diagnósticos diferenciales: poroma ecrico y melanoma amelanótico. Desde el punto de vista dermatoscópico, los hallazgos consistieron en un patrón vascular constituido por vasos lineales irregulares y vasos puntiformes, áreas de regresión en forma de collarite y pseudópodos en la periferia de la lesión en su componente pigmentado (Figura 2). El análisis histopatológico confirmó un melanoma nodular con Breslow de 4.3 mm.

DISCUSIÓN

El melanoma es un tumor maligno de estirpe melanocítica, con gran capacidad de producir metástasis. En ocasiones el melanoma carece de suficiente pigmento para ser reconocido como tal, por lo que constituye un verdadero reto diferenciarlo de otras lesiones benignas o malignas.⁵

Aproximadamente entre 1.8 y 8.1% de todos los melanomas se consideran hipomelanóticos, aunque la

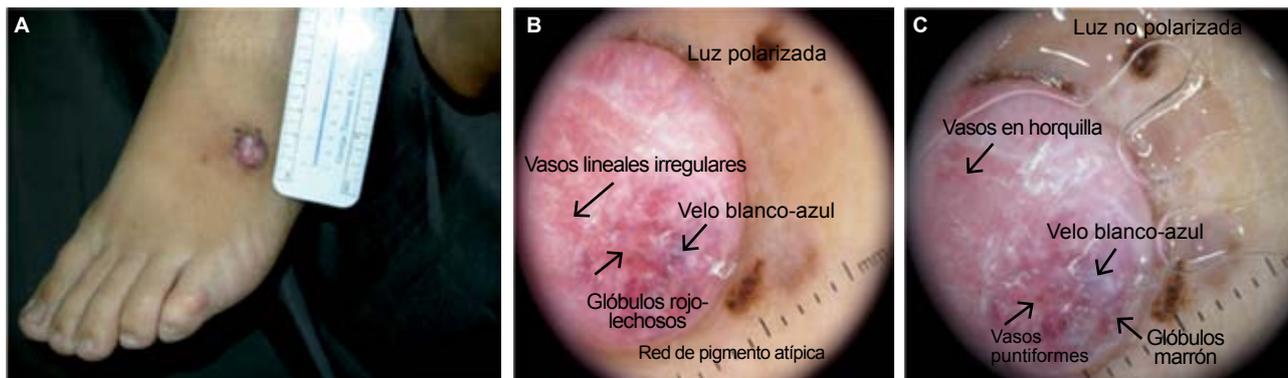


Figura 1. A. Neoformación cupuliforme y eritematosa. B y C. Dermoscopia: componente vascular (vasos lineales irregulares, puntiformes y en horquilla), velo blanco-azul, glóbulos rojo-lechosos, glóbulos marrón.

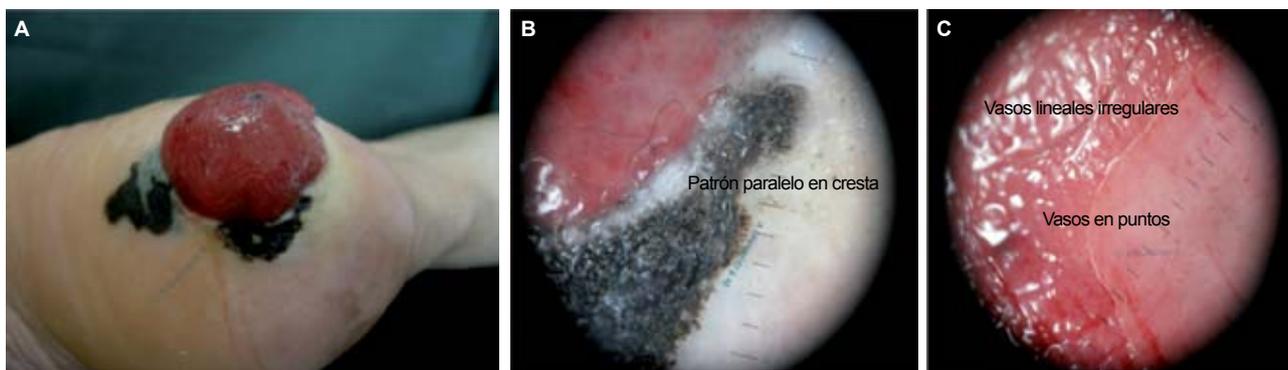


Figura 2. A. Neoformación rojiza y friable. B y C. Dermoscopia: componente vascular (vasos lineales irregulares y puntiformes).

incidencia precisa es difícil de calcular debido a las ambigüedades de la definición dada por los diferentes autores.^{1,2} De acuerdo con la extensión de ausencia de pigmento, se clasifican en tres grupos: el que no muestra alteraciones de color que sugieran pigmentación melánica, aun bajo la observación dermatoscópica, un segundo grupo se distingue por contener secciones de pigmento que afectan 25% de la superficie del tumor, y un tercero, en el que las tonalidades del color son tenues, puede ocupar más de 25% de la superficie tumoral e, incluso, su totalidad.⁶

Se sabe que la dermatoscopia es una técnica no invasiva, poco costosa y auxiliar en el diagnóstico oportuno de las lesiones pigmentadas, entre ellas el melanoma con pigmento. Sin embargo, en el melanoma hipomelanótico su uso no está bien validado debido a la carencia de estudios serios basados en grandes series.⁷

Zalaudek y colaboradores analizaron siete melanomas hipomelanóticos en seis pacientes; cada melanoma reveló hallazgos dermatoscópicos peculiares. Solamente un caso se diagnosticó correctamente antes del estudio histopatológico; en el resto se consideraron otros diagnósticos, entre ellos enfermedad de Bowen, carcinoma de células escamosas, granuloma piógeno y carcinoma basocelular. Los autores concluyeron que el común denominador dermatoscópico en todas las lesiones fue la existencia de vasos puntiformes atípicos, generalmente asociados con un velo blanco rosado de localización central.⁸ Esto concuerda con lo reportado en otros estudios, en los que se concluyó que en las lesiones amelanóticas la existencia de vasos puntiformes puede ser la única clave para la sospecha de melanoma. Los resultados de Argenziano y colaboradores demuestran que las lesiones con vasos puntiformes, en la dermatoscopia, deben considerarse sospechosas y extirparse para la realización de un análisis histopatológico.⁹

Sbano y colaboradores demostraron la importancia de la dermatoscopia en el diagnóstico temprano y concluyeron que en particular los vasos puntiformes, prominentes y perpendiculares en la superficie de la piel son hallazgos comunes de melanoma amelanótico.¹⁰

Pizzichetta y colaboradores mostraron un caso cuyo examen dermatoscópico reveló un patrón vascular polimorfo, que se distingue por áreas rosadas de varias tonalidades, vasos lineales irregulares y arborizantes y áreas blanco amarillas, grandes e irregularmente redondas que simulaban quistes de milium. La autora nos recuerda que el patrón vascular se correlaciona con el diagnóstico

de melanoma amelanótico; sin embargo, el hallazgo adicional de quistes de milium orientó hacia otros diagnósticos (como queratosis seborreicas, nevo papilomatoso y carcinoma basocelular), por lo que constituía una “trampa dermatoscópica”.¹¹

Otros reportes de casos han mostrado confusión diagnóstica ante melanoma hipomelanótico y otras lesiones, como poroma ecino,^{12,13} porocarcinoma¹⁴ y carcinoma de células de Merkel,¹⁵ entre otras. Cuando los vasos lineales irregulares y los puntiformes coinciden en una misma lesión con patrón vascular polimorfo, la sospecha de melanoma es alta. En tanto las áreas rosadas y rojo-lechosas representan tumores bien vascularizados y son signos típicos.¹⁶

Una de las series más grandes de melanoma hipomelanótico fue reportada por Pizzichetta y colaboradores, con 44 casos de melanoma hipomelanótico. Las lesiones, además, se dividieron según el índice de Breslow: en melanomas delgados (≤ 1 mm) o gruesos (≥ 1 mm), 29 y 15 casos, respectivamente. Los autores mencionaron que los hallazgos dermatoscópicos más importantes en los pacientes con melanomas hipomelanóticos delgados fueron: glóbulos y puntos irregulares en 62%, estructuras de regresión en 48%, pigmentación irregular en 41% y velo blanco azul en 10%, y en los pacientes con melanomas hipomelanóticos gruesos fueron: pigmentación irregular en 87%, glóbulos y puntos irregulares en 73%, estructuras de regresión en 67%, velo azul en 27% e hipopigmentación en 13%. Los autores concluyeron que en estas lesiones la sensibilidad y la especificidad de la dermatoscopia son altas y que el patrón vascular fue el único criterio verdadero para melanoma hipomelanótico.¹⁷

El estudio de Menzies y colaboradores confirmó la importancia de la combinación de vasos lineales irregulares y vasos puntiformes en un patrón vascular polimorfo, presentes en 29.5% de los melanomas hipomelanóticos, además de áreas rosadas y rojo-lechosas en 50.5% de los casos. Los autores describieron un modelo tomando los signos de distribución predominantemente central de los vasos y más de una tonalidad de color rosado, los cuales son favorecedores de melanoma. Lo llamaron modelo de las cuatro v por sus siglas en inglés (*vessels, veil, variegated red to blue coloring, verge [eccentric]: dots and globules*).¹⁸

En el primero de nuestros casos observamos los cuatro puntos del modelo de Menzies y colaboradores: vasos,

velo azul-blanco, áreas rojo-lechosas y glóbulos en la periferia. En el segundo caso notamos un componente vascular importante, formado por gran cantidad de vasos puntiformes y lineales irregulares. En ambos el examen dermatoscópico nos permitió sospechar que había una lesión maligna, lo que nos guió a la toma de una biopsia.

Concluimos que la dermatoscopia es una técnica útil y auxiliar en el diagnóstico no sólo de melanoma pigmentado sino también de melanoma hipomelanótico. Aunque en varias ocasiones se ha reportado la existencia de un patrón vascular en el que predominan los vasos puntiformes y los vasos lineales irregulares atípicos, no es suficiente para realizar un diagnóstico preciso, por lo que se necesitan estudios adicionales con un mayor número de casos para dejar de considerar a esta entidad una gran simuladora.

REFERENCIAS

1. Giuliano AE, Cochran AJ, Morton DL. Melanoma from unknown primary site and amelanotic melanoma. *Semin Oncol* 1982;9(4):442-447.
2. Menzies S, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, et al. Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *Arch Dermatol* 2008;144:1120-1127.
3. Adler MJ, White CR. Amelanotic malignant melanoma. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16:122-130.
4. Gualandri L, Betti R, Crosti C. Clinical features of 36 cases of amelanotic melanomas and considerations about the relationship between histologic subtypes and diagnostic delay. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:283-287.
5. Busam KJ, Hester K, Charles C, Sachs DL, et al. Detection of clinically amelanotic malignant melanoma and assessment of its margins by *in vivo* confocal scanning laser microscopy. *Arch Dermatol* 2001;137:923-929.
6. Moloney FJ, Menzies SW. Key points in the dermoscopic diagnosis of hypomelanotic melanoma and nodular melanoma. *J Dermatol* 2011;38:10-15.
7. De Giorgi V, Sestini S, Massi D, Maio V, Giannotti B. Dermoscopy for "true" amelanotic melanoma: a clinical dermoscopic-pathologic case study. *J Am Acad Dermatol* 2006;54(2):341-344.
8. Zalaudek I, Argenziano G, Kerl H, Soyer HP, Hofmann-Wellenhof R. Amelanotic/hypomelanotic melanoma-is dermatoscopy useful for diagnosis? *J Dtsch Dermatol Ges* 2003;1(5):369-373.
9. Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, et al. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. *Arch Dermatol* 2004;140:1485-1489.
10. Sbrano P, Nami N, Grimaldi L, Rubegni P. True amelanotic melanoma: the great masquerader. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010;63:307-308.
11. Pizzichetta MA, Canzonieri V, Massarut S, Baresic T, et al. Pitfalls in the dermoscopic diagnosis of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2010;65(5):893-894.
12. Nicolino R, Zalaudek I, Ferrara G, Annese P, et al. Dermoscopy of eccrine poroma. *Dermatology* 2007;215(2):160-163.
13. Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:539-541.
14. Blum A, Metzler G, Bauer J. Polymorphous vascular patterns in dermoscopy as a sign of malignant skin tumors. A case of an amelanotic melanoma and a porocarcinoma. *Dermatology* 2005;210(1):58-59.
15. Ciudad C, Avilés JA, Alfageme F, Lecona M, et al. Spontaneous regression in Merkel cell carcinoma: report of two cases with a description of dermoscopic features and review of the literature. *Dermatol Surg* 2010;36(5):687-693.
16. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, et al. Color atlas of dermatoscopy. 2nd ed. Berlín: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2002.
17. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, Puddu P, et al. Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features. *Br J Dermatol* 2004;150:1117-1124.
18. Menzies SW, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, et al. Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *Arch Dermatol* 2008;144:120-127.