

Melanoma ungueal

CICLOFERON®

Robles-Méndez JC¹, Guerrero-González GA¹, Domínguez-Cherit JG⁴, Vázquez-Martínez OT², Ocampo-Candiani J³

Resumen

El melanoma ungueal es un subgrupo del melanoma acral lentiginoso. Con frecuencia se diagnostica en etapa avanzada, por lo que la evaluación y el tratamiento oportunos mejoran el pronóstico. Se comunica el caso de una paciente de 52 años de edad con antecedente de melanoniquia longitudinal de un año de evolución, que tras una evaluación oportuna se diagnosticó melanoma *in situ*. Se realizó resección completa del aparato ungueal, sin la amputación de la falange distal, con excelente resultado estético y funcional, sin mostrar recidiva en su seguimiento a dos años.

PALABRAS CLAVE: melanoma, enfermedades ungueales, melanoma acral lentiginoso.

Dermatol Rev Mex 2016 Mar;60(2):163-166.

Ungual melanoma.

Robles-Méndez JC¹, Guerrero-González GA¹, Domínguez-Cherit JG⁴, Vázquez-Martínez OT², Ocampo-Candiani J³

Abstract

Ungual melanoma is a subgroup of acral lentiginous melanoma. It is often diagnosed in advanced stages, therefore early diagnosis and prompt treatment improve prognosis. We report the case of a 52-year-old woman with a history of longitudinal melanonychia with an evolution of one year that after an appropriate evaluation, melanoma in situ was diagnosed. Complete surgical excision of the nail apparatus was performed, avoiding amputation of the distal phalanx. An excellent aesthetic and functional outcome was achieved with no recurrence at 2-years follow-up.

KEYWORDS: melanoma; nail diseases; acral lentiginous melanoma

¹ Residente de Dermatología.

² Profesor del servicio de Dermatología.

³ Jefe del servicio de Dermatología.

Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

⁴ Jefe del departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Recibido: septiembre 2015

Aceptado: enero 2016

Correspondencia

Dr. Juan Carlos Robles Méndez
Francisco I Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
64460 Monterrey, Nuevo León, México
juanc_433@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Robles Méndez JC, Guerrero-González GA, Domínguez-Cherit JG, Vázquez-Martínez OT, Ocampo-Candiani J. Melanoma ungueal. Dermatol Rev Mex. 2016 mar;60(2):163-166.

ANTECEDENTES

El melanoma ungueal es un subgrupo del melanoma acral lentiginoso. Se clasifica en subungueal y periungueal. Su importancia recae en que su diagnóstico es difícil y tardío, motivo por el que generalmente los pacientes tienen un pronóstico adverso.¹⁻⁴

Se manifiesta en 1.5 a 2% de los melanomas en caucásicos; sin embargo, en raza negra representa 20%. Predomina en hombres (2:1) entre 50 y 70 años de edad. Es más frecuente en las uñas de los pulgares y en el primerortejo (82%), el dedo índice y el dedo medio siguen en frecuencia.¹⁻³

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 52 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia. Acudió a consulta por una dermatosis localizada en la extremidad superior derecha; en el aparato ungueal del dedo índice tenía melanoniquia longitudinal, única, de 2 mm de ancho, con bordes regulares, bien definidos y coloración homogénea (Figura 1) y melanoniquia longitudinal en el dedo índice de 2 mm. En la dermatoscopia se observó una banda única homogénea de 2 mm, con bordes mal definidos, así como pigmento a través de la cutícula y en el hiponiquio (Figura 2). La dermatoscopia evidenció la cutícula no pigmentada, pero que traslucía el pigmento y mínima pigmentación en el hiponiquio (signo de micro-Hutchinson).

El padecimiento inició hacía un año, de manera asintomática, sin asociación causal y sin ningún tratamiento previo. Con diagnóstico de melanoniquia longitudinal a descartar melanoma subungueal, se realizó biopsia por sacabocado de la matriz ungueal. En el estudio histopatológico se observó proliferación de melanocitos pleomórficos, irregulares y epitelioides en el estrato basal y los estratos superiores (Figura 3), así como melanocitos epitelioides y pleomór-



Figura 1. Melanoniquia longitudinal de 2 mm en el dedo índice.



Figura 2. Dermatoscopia: cutícula no pigmentada pero que traslucen el pigmento, mínima pigmentación en el hiponiquio (signo de micro-Hutchinson).

ficos en el estrato basal. Los hallazgos fueron compatibles con melanoma acral lentiginoso *in situ*, por lo que se realizó resección del aparato ungueal hasta el periostio y posterior aplicación de injerto de espesor total tomado de la región inguinal para cubrir el defecto (Figura 4). Planeación quirúrgica (resección completa del aparato ungueal e injerto de espesor total) y resultado posoperatorio a los siete días y a los seis meses.

En el estudio histopatológico de toda la pieza se diagnosticó melanoma acral lentiginoso *in situ*, epitelioides con crecimiento radial, índice de Breslow de 0.08 mm, ulceración ausente, índice

CICLOFERON

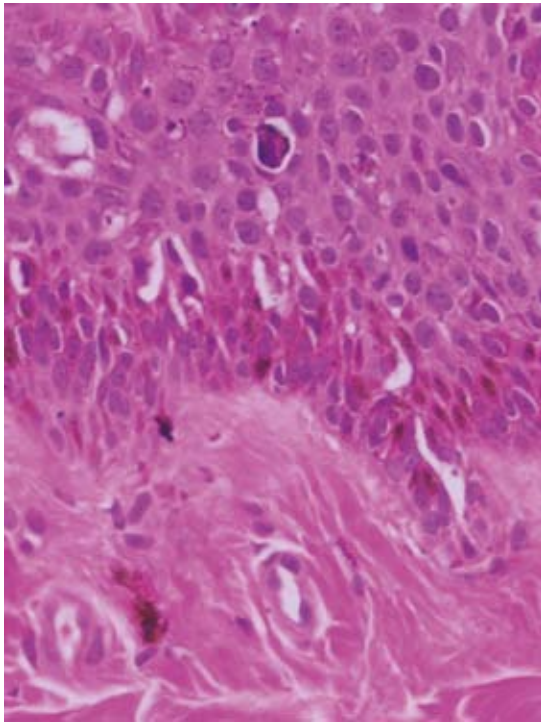


Figura 3. Melanocitos epiteloideos y pleomórficos en el estrato basal. H y E 40X.



Figura 4. Planeación quirúrgica (resección completa del aparato ungueal e injerto de espesor total) y resultado posoperatorio a los siete días y a los seis meses.

mitótico menor a una mitosis por mm^2 y bordes de resección quirúrgicos libres de lesión. En la actualidad la paciente no muestra datos de recurrencia (Figura 5). Después de seis meses de la intervención quirúrgica se observa un excelente resultado estético y funcional.

DISCUSIÓN

El melanoma ungueal es un subgrupo del melanoma acral lentiginoso que, debido a su diagnóstico difícil y tardío, tiene mal pronóstico. En su causa se han propuesto el traumatismo local, la luz ultravioleta, la melanoniquia racial y factores genéticos como la amplificación del cromosoma 11 que actúa en el gen de la ciclina D1.^{1,2}

Por lo general, inicia con melanoniquia longitudinal, con variación en la coloración, que va desde marrón claro hasta una tonalidad casi negra y cuando afecta la piel periungueal se denomina signo de Hutchinson. A medida que el melanoma crece ocasiona onicodistrofia, que puede manifestarse como fisuras o alteraciones en la textura del plato ungueal y cuando el tumor tiene progresión vertical llega a ser sangrante o supurante, además de destruir total o parcialmente el plato ungueal. Una cuarta parte de los casos se manifiesta de forma amelánica.¹⁻³



Figura 5. Posoperatorio a los seis meses. Se observa un excelente resultado estético y funcional.



La regla del ABC del melanoma ungueal la establecieron Levit y colaboradores en el año 2000. La A indica edad entre 50 y 70 años y aumento en asiáticos, afroamericanos y nativos americanos, la B indica una coloración marrón o negra, un ancho mayor a 3 mm y bordes mal definidos, la C indica cambios en la coloración de la melanoniquia y rápido crecimiento manifestado como ensanchamiento en la base, la D indica sospecha si sólo afecta un dedo, sospecha mayor si afecta el pulgar o el primer ortejo, la E indica extensión periungueal (Hutchinson) y la F, antecedente familiar de nevo displásico o melanoma.⁵

El diagnóstico se sospecha con una adecuada historia clínica y exploración física. En la dermatoscopia del aparato ungueal pueden observarse líneas hipercrómicas irregulares en color, grosor y espaciado, así como pérdida del paralelismo y pigmentación sutil de la cutícula o hiponiquio (micro-Hutchinson).^{6,7} Recientemente la dermatoscopia de la matriz ungueal ha resultado útil para orientar malignidad o benignidad y decidir el tipo de biopsia a tomar para evitar distrofia ungueal.⁸ La microscopia confocal intraoperatoria en vivo de la matriz ungueal y *ex vivo* a la biopsia permitirá en el futuro el diagnóstico rápido y el tratamiento quirúrgico en un solo paso.⁹

En el estudio histopatológico se encuentran agregados densos de células tumorales fusiformes o redondas, con núcleos atípicos, en el estrato basal y espinoso; además, se utilizan marcadores como S100, HMB 45 y anti Mart-1/Melan A. El diagnóstico diferencial clínico se realiza con hematoma subungueal, nevo común, granuloma piógeno, onicocriptosis y carcinoma espinocelular.^{1,2}

El tratamiento es la escisión quirúrgica. En el melanoma *in situ* se prefiere la escisión quirúrgica amplia de todo el aparato ungueal sobre la amputación.^{10,11} En el melanoma invasor se realiza amputación distal y en el melanoma metastásico

se indica quimioterapia.¹² El pronóstico es el mismo que para el resto de los melanomas; sin embargo, este tipo de melanoma generalmente se diagnostica en etapas avanzadas, ya sea porque son asintomáticos o porque en ocasiones suelen manifestarse de forma amelanica, por lo que este diagnóstico siempre debe tenerse en consideración entre las afecciones ungueales tumorales.^{1,2}

REFERENCIAS

1. Duarte AF, Correia O, Barros AM, Ventura F, Haneke E. Nail melanoma *in situ*: clinical, dermoscopic, pathologic clues, and steps for minimally invasive treatment. *Dermatol Surg* 2015;41:59-68.
2. Haneke E. Ungual melanoma - controversies in diagnosis and treatment. *Dermatol Ther* 2012;25:510-524.
3. Lee WJ, Lee JH, Won CH, Chang SE, et al. Nail apparatus melanoma: A comparative, clinicoprognostic study of the initial clinical and morphological characteristics of 49 patients. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:213-220.
4. Carreño AM, Nakajima SR, Pennini SN, Candido Junior R, Schettini AP. Nail apparatus melanoma: a diagnostic opportunity. *An Bras Dermatol* 2013;88:268-271.
5. Levit EK, Kagen MH, Scher RK, Grossman M, Altman E. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:269-274.
6. Piraccini BM, Dika E, Fanti PA. Tips for diagnosis and treatment of nail pigmentation with practical algorithm. *Dermatol Clin* 2015;33:185-195.
7. Di Chiacchio ND, Farias DC, Piraccini BM, et al. Consensus on melanonychia nail plate dermoscopy. *An Bras Dermatol* 2013;88:309-313.
8. Hirata SH, Yamada S, Enokihara MY, Di Chiacchio N, et al. Patterns of nail matrix and bed of longitudinal melanonychia by intraoperative dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:297-303.
9. Debarbieux S, Hospod V, Depaepe L, Balme B, et al. Perioperative confocal microscopy of the nail matrix in the management of *in situ* or minimally invasive subungual melanomas. *Br J Dermatol* 2012;167:828-836.
10. Neczyporenko F, André J, Torosian K, Theunis A, Richert B. Management of *in situ* melanoma of the nail apparatus with functional surgery: report of 11 cases and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28:550-557.
11. Nakamura Y, Ohara K, Kishi A, Teramoto Y, et al. Effects of non-amputative wide local excision on the local control and prognosis of *in situ* and invasive subungual melanoma. *J Dermatol* 2015;42:861-866.
12. Nguyen JT, Bakri K, Nguyen EC, Johnson CH, Moran SL. Surgical management of subungual melanoma: mayo clinic experience of 124 cases. *Ann Plast Surg* 2013;71:346-354.