

Melanoma sincrónico

Synchronous melanoma.

Miriam Puebla-Miranda,¹ Mariana Vásquez-Ramírez,² Yuriria Asbel Gálvez-Juárez,⁴ Teresa Cuestas-Mejías³

Resumen

ANTECEDENTES: El melanoma múltiple sincrónico es una afección poco frecuente, se refiere a la aparición de un nuevo melanoma dentro de los tres primeros meses de cuando el primero es diagnosticado y forma parte de la clasificación de melanomas primarios múltiples. La topografía de este tipo de cáncer de piel más reportada es el tórax, el segundo melanoma que se manifieste será en la mayor parte de los casos de la misma estirpe histológica y con menor índice de Breslow y Clark. Existe controversia respecto a su pronóstico comparado con pacientes que tienen una sola lesión correspondiente a esta enfermedad.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 60 años, que manifestó dos lesiones con diagnóstico clínico e histopatológico de melanoma, por el tiempo de manifestación se catalogó como sincrónico y al momento de su estudio no se evidenció metástasis.

CONCLUSIONES: El melanoma sincrónico nodular es un padecimiento poco frecuente y representa aproximadamente 7% de los casos de melanoma sincrónico. El paciente con este diagnóstico deberá tener vigilancia estrecha porque tiene mayor riesgo de nuevos melanomas.

PALABRAS CLAVE: Melanoma; melanoma primario múltiple.

Abstract

BACKGROUND: *Synchronous melanoma is a rare entity; it refers to the appearance of a new melanoma within the first 3 months since the first one is diagnosed, and it is part of multiple primary melanomas. The topography of this type of skin cancer is more found in thorax, the second melanoma to develop will be in most cases of the same histological type and with thinner Breslow and Clark index. There is controversy regarding its prognosis compared to patients that have developed a single lesion corresponding to this disease.*

CLINICAL CASE: *A 60-year-old male patient who developed two dermatoses with clinical and histopathological diagnoses of melanoma. The case was classified as synchronous melanoma because of the time of presentation of both dermatoses. No metastases were confirmed through the image studies.*

CONCLUSIONS: *Synchronous nodular melanoma is a rare entity and corresponds to 7% of synchronous melanoma cases. The patient with this diagnosis must have a very close follow-up since it increases the risk of presenting new melanomas.*

KEYWORDS: *Melanoma; Multiple primary melanoma.*

¹ Jefa del Servicio de Dermatología.

² Médica adscrita al Servicio de Dermatología.

³ Médica adscrita al Servicio de Patología. Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

⁴ Residente de Dermatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México.

Recibido: febrero 2020

Aceptado: abril 2020

Correspondencia

Miriam Puebla-Miranda
drapuebla@live.com.mx

Este artículo debe citarse como:

Puebla-Miranda M, Vásquez-Ramírez M, Gálvez-Juárez YA, Cuestas-Mejías T. Melanoma sincrónico. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (1): 83-87.
<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i1.5055>

ANTECEDENTES

El melanoma es un tipo de cáncer de piel, derivado de los melanocitos, con mayor tendencia a producir metástasis. De los casos de cáncer de piel es el responsable de cerca de 75% de las muertes relacionadas con este tipo de neoplasia.¹ El melanoma sincrónico se define como la aparición de un segundo melanoma dentro de los primeros tres meses posteriores al diagnóstico del primero. Se comunica el caso de un paciente con el diagnóstico de melanoma sincrónico sin metástasis.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años de edad, con dos dermatosis localizadas en el tórax posterior en la región supraescapular izquierda y la región interescapulovertebral derecha (**Figura 1A**), la primera caracterizada por un nódulo de 3 x 2.5 cm de diámetro, de superficie ulcerada, rojo vinosa con zonas de hiperpigmentación en el borde, asentada en piel de base eritematosa (**Figura 1B**); la segunda dermatosis caracterizada por placa hiperpigmentada color negro y borde marrón claro de 2.4 x 2 cm de diámetro, con una zona de aspecto nodular de 7 mm (**Figura 1C**).

El paciente acudió a consulta por un padecimiento de tres meses de evolución, con una lesión que sangraba ocasionalmente y la segunda neoformación que refería como asintomática la manifestó un mes después de la aparición de la primera. Tenía los siguientes antecedentes: índice tabáquico de 30 paquetes año durante 30 años, suspendido un año previo al inicio de su dermatosis, diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución en tratamiento con metformina a dosis de 850 mg cada 8 horas, hipotiroidismo desde hacía 8 años en tratamiento con levotiroxina 100 µg cada día y depresión mayor del mismo tiempo de evolución en tratamiento con oxcabacepina 100 mg cada 8 horas.

Con lo anterior se integró el diagnóstico clínico de melanoma, por lo que se decidió toma de biopsia incisional de ambas lesiones.

La biopsia de la lesión supraescapular izquierda se reportó como melanoma invasor ulcerado, con fase de crecimiento horizontal: diseminación superficial, fase de crecimiento vertical: epiteloide, índice mitótico de 11 mitosis en 1 mm², nivel de Clark IV, así como índice de Breslow de 6 mm (**Figura 2**).

La lesión interescapulovertebral derecha se reportó como melanoma invasor, con crecimiento horizontal: diseminación superficial, fase de crecimiento vertical epiteloide, nivel de Clark IV, así como índice de Breslow de 2 mm (**Figura 3**). No se reportó regresión ni satelitosis en ninguna.

El paciente fue enviado al servicio de Oncología de tumores mixtos para su tratamiento.

La tomografía axial computada contrastada desde el cráneo hasta la pelvis fue negativa para metástasis, por lo que la lesión interescapulovertebral derecha se clasificó como T2aN2bM0 y la lesión supraescapular izquierda como T4bN2bMx. Se realizó resección amplia y reconstrucción con colgajo por parte del servicio de tumores mixtos.

Actualmente no muestra datos de recidiva a un año de seguimiento.

DISCUSIÓN

En México no existen registros de la incidencia del melanoma, pero se reporta que en la población latina en Estados Unidos es de 4.5 por cada 100,000 habitantes, en todo el mundo se ha encontrado aumento de la misma, de acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer se estima que la incidencia en México es de 2 casos por 100,000 habitantes.²



Figura 1. **A.** Fotografía panorámica de ambas dermatosis localizadas en el tórax posterior. **B.** Neoformación de 3 x 2.5 cm exofítica, de superficie ulcerada, rojo vinosa, con zonas de hiperpigmentación en la periferia, así como eritema perilesional (signo de la caperucita roja). **C.** Neoformación hiperpigmentada con aspecto de placa de forma ovalada, coloración negra y en zonas marrón claro, de 2.4 x 2 cm de diámetro, con una zona dentro de la placa de aspecto nodular de 7 mm.

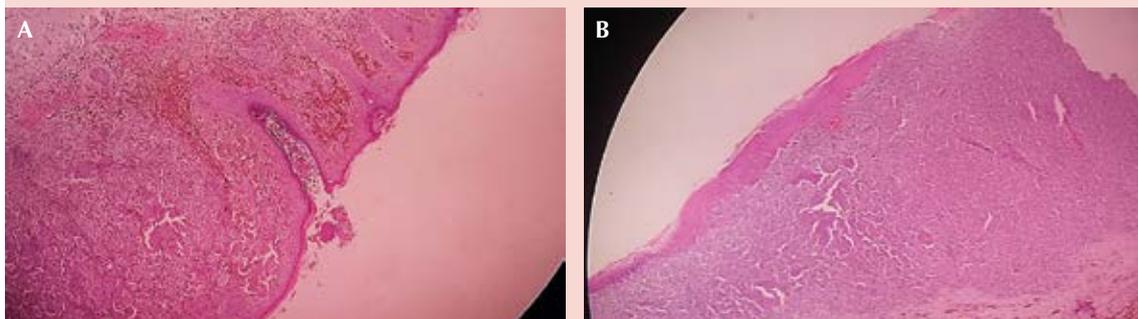


Figura 2. **A.** Lesión en un patrón multinodular, sólido conformado por melanocitos de aspecto epitelióide, de gran tamaño y pleomorfismo acentuado con zonas de pigmentación y atrofia de las crestas epidérmicas. La lesión se extiende hasta la dermis reticular. **B.** Melanoma invasor ulcerado en la región supraescapular izquierda con formación de costra hemática en la superficie. La lesión está conformada por melanocitos atípicos en patrón difuso con pérdida de las estructuras anexiales.

En otras poblaciones se ha reportado incidencia de 2.6 a 8.2%^{3,4} de todos los casos de melanoma. Entre estos casos se ha descrito que 26 a 40% corresponde a melanoma sincrónico, riesgo que es más alto en el primer año después de haber sido diagnosticado.

El melanoma sincrónico tiene dos picos de manifestación por edad, el primero de 15 a 39 años y el segundo de 65 a 79 años.

Los factores de riesgo de melanomas múltiples son el diagnóstico previo de melanoma cutáneo,

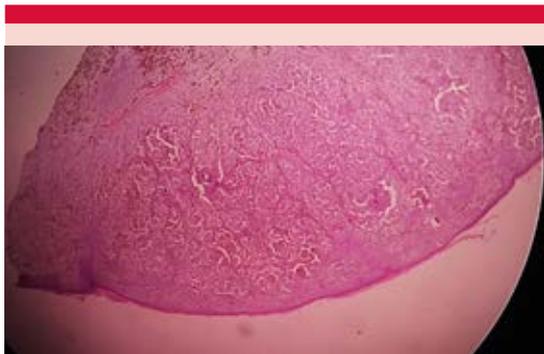


Figura 3. Melanoma invasor en la región interescapuloverttebral derecha. Lesión en un patrón multinodular conformado por células de aspecto epitelioide, de gran tamaño y pleomorfismo acentuado con zonas de pigmentación y atrofia de las crestas epidérmicas.

antecedente de nevos displásicos, ser del sexo masculino y antecedente familiar de melanoma; es más importante el antecedente de melanoma en algún familiar de primer grado.

Respecto a su causa, se ha encontrado alteración en el gen CDKN2A ubicado en el cromosoma 9p21 que codifica para la proteína p16 que actúa como inhibidor de la proteína del retinoblastoma y, por tanto, como supresor tumoral, sobre todo en pacientes con antecedente de melanoma familiar, así como de melanoma primario múltiple, lo mismo ocurre con el gen CDK4.^{5,6}

Hasta en 52% de los casos se ha reportado la aparición del segundo tumor en la misma región anatómica del primero, lo que ha llevado a la teoría del campo de cancerización. Se ha documentado que los pacientes con aparición de nuevos melanomas primarios tienen melanomas de menor grosor que el primero.¹

En población europea la topografía más frecuente del melanoma sincrónico es en el tórax posterior en uno y otro sexo.

Las variedades clínicas de melanoma que se han relacionado con su desarrollo son el léntigo maligno y melanoma nodular.

En una serie en población de España se encontró que los tipos histológicos de melanoma múltiple sincrónico fueron: 33.9-89.2% extensión superficial,^{3,7} 1.8- 7.1% melanoma nodular,^{3,7} lentiginoso acral 0.9-3.57%,^{3,7} léntigo maligno 17.5%.

Los de nueva aparición considerados sincrónicos en la mayoría de los casos conservan la variedad histológica del primero.^{3,7}

Entre las características histológicas del segundo melanoma que se han reportado están: menor grosor que el primero de acuerdo con el índice de Breslow. Este hallazgo es consistente en cohortes de hasta 114 pacientes; lo anterior se ha relacionado con el diagnóstico oportuno por el seguimiento que se tiene después del diagnóstico del primer melanoma.^{7,8,9}

Se recomienda vigilancia cada tres meses durante el primer año después del diagnóstico de melanoma, cada cuatro durante el segundo año y posteriormente del tercer a quinto año cada seis meses y de forma anual durante el resto de su vida debido a que es una población en riesgo de padecer nuevos melanomas.

La importancia del seguimiento del paciente radica en detectar la aparición de otro melanoma porque es frecuente su aparición. El 50%³ de los pacientes padecieron melanoma durante el primer año de seguimiento y 58%³ lo manifestaron en distinta topografía, por lo que es importante la exploración física completa del paciente.

La supervivencia de los pacientes con melanoma múltiple es mayor en comparación con los casos con melanoma único, aunque no hay datos concluyentes acerca de esto y no se ha comprobado en todas las publicaciones al respecto.⁸

CONCLUSIONES

El melanoma sincrónico es poco frecuente; sin embargo, el apego del paciente a sus consultas de seguimiento es muy importante debido a que el diagnóstico oportuno mejora el pronóstico de estos casos.

REFERENCIAS

1. Solís-Arias MP, Lammoglia-Ordiales L, Toussaint-Caire S, Galván-Martínez I, et al. Melanoma primario múltiple (MMP) sincrónico: caso clínico y revisión de la literatura [Multiple primary melanoma: a clinical case and review of the literature]. *Gac Med Mex* 2014; 150 (1): 101-105.
2. Ferlay J, Shin H, Bray F, et al. GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base no. 10. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 2010. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.25516>.
3. Ferreres JR, Moreno A, Marcoval J. Multiple primary melanoma. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 414-419. [https://doi.org/10.1016/S1578-2190\(09\)70087-3](https://doi.org/10.1016/S1578-2190(09)70087-3).
4. Adler NR, Welly JW, Haydon A, McLean CA, et al. Clinicopathological characteristics and prognosis of patients with multiple primary melanomas. *Br J Dermatol* 2018; 178 (1): e44-e45. doi. 10.1111/bjd.15855.
5. Ferrone CR, Porat LB, Panageas KS, Berwick M, et al. Clinicopathological features of and risk factors for multiple primary melanomas. *JAMA* 2005; 294 (13): 1647-54. doi. 10.1001/jama.294.13.1647.
6. Puig S, Malveyh J, Badenas C, Ruiz A, et al. Role of the CDKN2A locus in patients with multiple primary melanomas. *J Clin Oncol* 2005; 23 (13): 3043-3051. doi. 10.1200/JCO.2005.08.034.
7. Menzies S, Barry R, Ormond P. Multiple primary melanoma: a single centre retrospective review. *Melanoma Res* 2017; 27 (6): 638-640. doi. 10.1097/CMR.0000000000000395.
8. Savoia P, Osella-Abate S, Deboli T, Marengo F, et al. Clinical and prognostic reports from 270 patients with multiple primary melanomas: a 34-year single-institution study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26 (7): 882-888. doi. 10.1111/j.1468-3083.2011.04181.x.
9. Gassenmaier M, Stec T, Keim U, Leiter U, et al. Incidence and characteristics of thick second primary melanomas: a study of the German Central Malignant Melanoma Registry. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33 (1): 63-70. doi. 10.1111/jdv.15194.

