Lesión tumoral pigmentada

María José Martínez[1], Carolina Ugarte[2], Laura López Di Noto[3], Graciela Sánchez[4] y Gladys Merola[5]

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipotiroidismo y anexo-histerectomía por miomas, consultó a nuestro servicio por lesión tumoral en glúteo izquierdo. La paciente manifestó sensación de prurito ocasional y desconocía el tiempo de evolución de la misma.

Al **examen físico** presentaba una lesión tumoral, redondeada, de límites netos, color pardo oscuro, de superficie irregular y aspecto queratósico, rodeada por halo eritematoso (Fig. 1).

A la **dermatoscopía** con luz polarizada se observó un patrón vascular compuesto por vasos lineales y tractos fibrosos (Fig. 2).

Se realizó biopsia escisional para **estudio histopatológico** que reveló la presencia de acantosis a predominio de queratinocitos basaloides con marcada hiperpigmentación melánica (Fig. 3). Además, se observaron melanocitos con dendritas hipertróficas (Fig. 4).

Su diagnóstico es…

Fig. 1: Lesión tumoral en glúteo izquierdo.

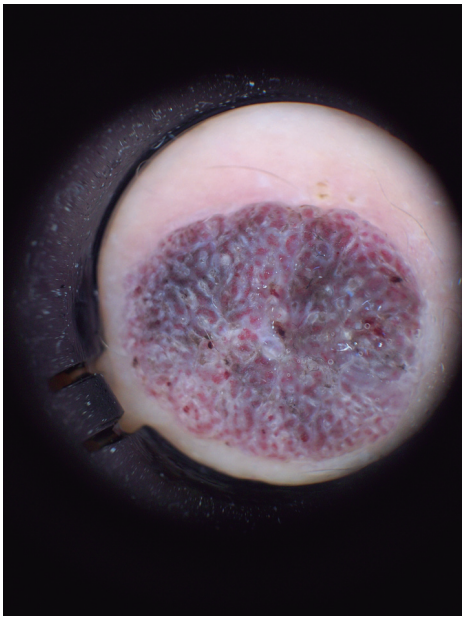

Fig. 2: Dermatoscopía con luz polarizada. Patrón vascular con vasos lineales y tractos fibrosos.

[1] Médica concurrente de 1° año de Dermatología
[2] Instructora de residentes
[3] Médica de planta
[4] Médica Dermopatóloga
[5] Jefa de División de Dermatología
División de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
Conflictos de interés: no declarados
Correo electrónico: majomartinez10@hotmail.com

Recibido: 8-6-2016.
Aceptado para publicación: 13-9-2016.

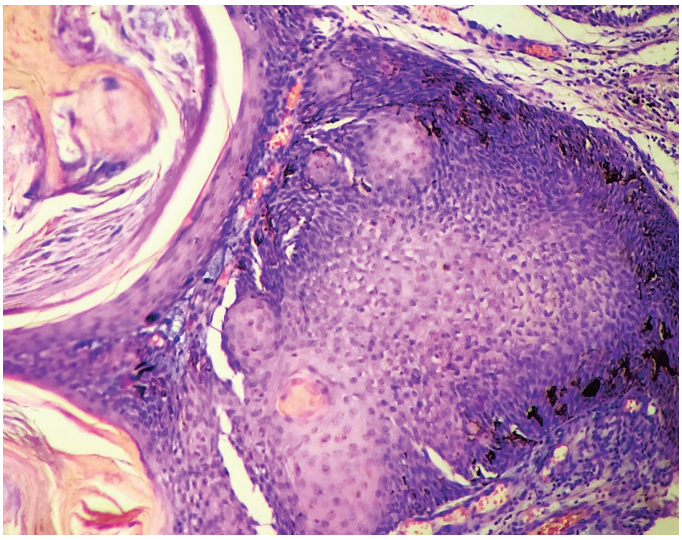

Fig. 3: Acantosis e hiperpigmentación melánica de la capa basal.

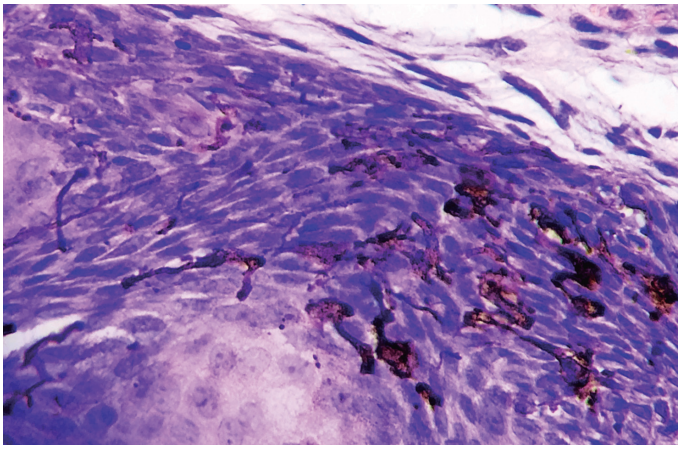

Fig. 4: Melanocitos con dendritas hipertróficas y falta de transferencia de pigmento.

► DIAGNÓSTICO

Melanoacantoma cutáneo

► COMENTARIO

El **melanoacantoma** es una lesión benigna y poco frecuente que puede afectar piel y mucosas[1]. Es considerada una variedad histológica rara de queratosis seborreica[2,3]. Mishima y Pinkus introdujeron el término en 1960, correspondiendo al melanoepitelioma tipo 1, previamente descripto por Bloch en 1927[4].

Es más prevalente en caucásicos, con un marcado predominio en la sexta década de la vida, e igual distribución en ambos sexos.

Clínicamente se presenta como una lesión única, aunque se reportaron casos de presentación múltiple[2,5,6]. Se describe como pápula, placa o nódulo, de localización predominante en región cefálica, cuello y tronco[2,3,5]. Suele ser asintomática y de lento crecimiento.

A diferencia de la queratosis seborreica clásica, existe una variante que afecta mucosas, menos frecuente que la cutánea, y su localización principal es en cavidad oral[1,2,7]. Su origen estaría ligado a procesos reactivos, secundarios a traumatismos[1,2,8].

Entre los **diagnósticos diferenciales** deben ser incluidos el melanoma y el epitelioma basocelular pigmentado, frente a los cuales resulta útil la dermatoscopía. Los rasgos dermatoscópicos detallados en la literatura son coincidentes con los de la queratosis seborreica, tales como pseudoaperturas, pseudoquistes de milium, presencia de crestas y fisuras[2], inclusive bordes apolillados y vasos en hebilla[9]. Los patrones reticular uniforme y en estallido de estrellas también fueron mencionados[9,10].

El **estudio histopatológico** revela hiperplasia tanto de queratinocitos, predominantemente basales y espinosos, como de melanocitos hipertróficos dispersos en todo el espesor epidérmico. Éstos, característicamente, poseen numerosos gránulos de melanina y gruesas dendritas, evidenciadas con la tinción de Masson-Fontana[7]. Se mencionan dos variedades histológicas de melanoacantoma: una difusa, en la que dichas células se dispersan en todo el espesor epidérmico y otra clonal, en la cual se disponen formando pequeños nidos[2,3,6]. Con microscopía electrónica se evidenció la disminución o falta de transferencia de pigmento desde los melanocitos hacia los queratinocitos cincundantes[7]. Las cualidades antedichas diferencian al melanoacantoma de la queratosis seborreica, dado que en ésta el número de melanocitos es menor y el pigmento se encuentra dentro de las células basales. Estudios de inmunofluorescencia e inmunoensayo descartan su relación con melanoma[2,7].

Las alternativas terapéuticas incluyen la exéresis de la lesión, como así también métodos destructivos como crioterapia y láser[6].

► BIBLIOGRAFÍA

1. González-Almaráz, G.; Pineda Cárdenas, A.: Melanoacantoma en párpado y conjuntiva bulbar. ¿Curiosidad histológica? **Rev Mex Oftalmol** 2003; 77: 27-33.
2. Shankar, V.; Nandi, J.; Ghosh, K.; Ghosh, S.: Giant melanoacanthoma mimicking malignant melanoma. **Indian J Dermatol** 2011; 56: 79-81.
3. Vasani, R.J.; Khatu, S.: Melanoacanthoma: Uncommon presentation of an uncommon condition. **Indian Dermatol Online J** 2013; 4: 119–121.
4. Mishima, Y.; Pinkus, H.: Benign mixed tumor of melanocytes and malpighian cells. Melanoacanthoma, its relationship to Bloch's benign non-nevoid melanoepithelioma. **Arch Dermatol Syphiligr** 1960; 81: 539-550.
5. Jain, S.; Barman, K.D.; Garg, V.K.; Sharma, S.; Dewan, S.; Mahajan, N.: Multifocal cutaneous melanoacanthoma with ulceration: A case report with review of literature. **Indian J Dermatol Venereol Leprol** 2011; 77: 699-702.
6. Kihiczak, G.G.; Centurión, S.A.; Schwartz, R.A.; Lambert, W.C.: Giant cutaneous melanoacanthoma, **Int J Dermatol** 2004; 43: 936-937.
7. Contreras, E.; Carlos, R.: Melanoacantosis oral (melanoacantoma): reporte de un caso y revision de literatura. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** 2005; 10: 9-12.
8. Chung, E.; Marghoob, A.; Cabrera, C.; Marchetti, M.: Clinical and dermoscopic features of cutaneous melanoacanthoma. **JAMA Dermatol** 2015; 151(10): 1129-1130.
9. Rossiello, L.; Zalaudek, I.; Ferrara, G.; Docimo, G.; Giorgio, C.M.; Argenziano, G. Melanoacanthoma simulating pigmented Spitz nevus: an unusual dermoscopy pitfall. **Dermatol Surg** 2006; 32: 735–737.
10. Kaminska-Winciorek, G.; Wydmanski, J.: Benign simulators of melanoma on dermoscopy-black colour does not always indicate melanoma. **JPCCR** 2013; 7: 6-12.