

# Tumor acral

Estefanía Cesaroni<sup>1</sup>, Karina Cejas<sup>1</sup>, Hernán Santángelo<sup>2</sup>, Silvia Galliano<sup>3</sup> y Celia Lembeye<sup>3</sup>

## ► CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad, sin antecedentes de importancia.

**Enfermedad actual:** comienza hace 6 meses con lesión en talón derecho ulcerada, indolora, de crecimiento progresivo. Inicia tratamiento con cremas locales sin mejoría. Consulta a nuestra institución donde se indica exéresis completa para estudio histológico. Niega síntomas sistémicos.

**Examen físico:** tumor de 5 cm de diámetro, límites netos, ulcerado, rosado con pequeña mácula negruzca en el centro de 2 mm, friable, con reborde periférico hiperqueratósico, en talón derecho. No se palpan adenomegalias inguinales. Resto sin particularidades (Fig. 1)

**Anatomía Patológica:** (Hematoxilina eosina, 40X) Fragmento cutáneo que exhibe acantosis irregular, ulceración epidérmica central con avance de células atípicas aisladas y en colgajos hacia las capas superiores de la misma; comprometiéndose en profundidad tejido adiposo subyacente. Dicha proliferación presenta células tumorales de aspecto pagetoide, fusiformes y redondeadas con escaso citoplasma, algunas cargadas de pigmento melánico. Frecuentes mitosis atípicas e infiltrado inflamatorio linfocitario discreto y difuso (Fig. 2).

Su diagnóstico es...



Figura 1

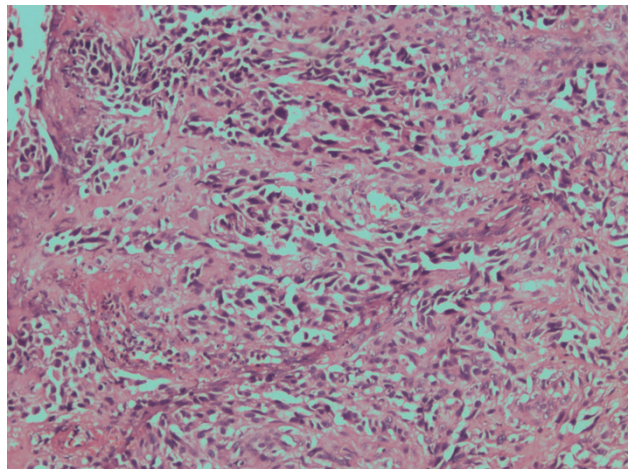


Figura 2

<sup>1</sup> Médicas de Planta

<sup>2</sup> Cirujano Plástico

<sup>3</sup> Médicas Patólogas

Sección dermatología. Hospital Municipal Eva Perón. Merlo, Buenos Aires, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: poupeec@yahoo.com

Recibido: 3-6-2015.

Aceptado para publicación: 23-7-2015.

## ► DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

**Melanoma amelanótico acrolentiginoso, ulcerado, nivel IV de Clark, espesor de breslow 3,5 mm, tipo de células predominante epitelioides, grado nuclear II, TIL escaso, 1 mitosis por mm<sup>2</sup>.**

## ► COMENTARIO

El melanoma maligno es una neoplasia de estirpe melanocítica. Puede originarse en la piel y las mucosas y, en forma menos frecuente, en los ojos, el sistema nervioso central, el mesenterio y el oído interno. Se describen cuatro variedades clínico-patológicas principales según su frecuencia: el melanoma extensivo superficial (MES), el melanoma lentigo maligno (MLM), el melanoma nodular (MN) y el **melanoma acrolentiginoso (MAL)**. El MAL es el menos habitual y en general es de mal pronóstico, debido al retraso en el diagnóstico y la agresividad de este tumor, siendo su aparición en la población general en la sexta década de la vida; sin embargo, es el subtipo más frecuente y compromete a sujetos más jóvenes, de piel oscura, Fitzpatrick V y VI<sup>1,2</sup>. Se localiza en palmas, plantas y zona subungueal. Corresponde al 60% de los melanomas acrales; el 40% restante se distribuyen en MES (30%) y MN (10%). Afecta en forma más frecuente las extremidades inferiores y la piel no anexial. Se presenta como máculas o pápulas con varios tonos de pigmento y bordes irregulares. En lesiones avanzadas encontramos masas exofíticas, nódulos friables o máculas y nódulos amelanóticos<sup>1,2</sup>.

**Cualquier subtipo de melanoma puede ser amelanótico**, siendo más frecuentes los nodulares, lentiginosos acrales subungueales y desmoplásicos. El pronóstico es el mismo que para los pigmentados<sup>3</sup>.

El MAL **suele confundirse** con úlceras crónicas, verrugas, tinea pedis o nevos, lo que lleva a ser tratados por tiempos prolongados con debridamiento o criocirugía, retrasando el diagnóstico. La mayoría de éstos se diagnostican en forma correcta aproximadamente alrededor de un año después, como en nuestro caso<sup>1,2</sup>. Además deben descartarse otros tumores localizados en zona acral como el poroma eccrino pigmentado (PEP), el carcinoma verrugoso cuniculatum y el botriomicoma<sup>3,4</sup>. El PEP es un tumor benigno que deriva de la porción intraepidérmica del conducto sudoríparo eccrino que se localiza en la planta del pie. Es solitario, firme, asintomático, rosado o pigmentado en ocasiones, con superficie queratósica o a veces erosionada. Es similar al MAL amelanótico en cuanto al color, ulceración ocasional y la aparición de un reborde queratósico; sin embargo, existen variantes pigmentadas simila-

res al MAL pigmentado<sup>3,5</sup>. El carcinoma verrugoso recibe el nombre de cuniculatum en la planta del pie. Se trata de una masa exofítica, surcada de múltiples orificios a modo de túneles, los cuales son característicos y lo diferencian del MAL, así como su recidiva en numerosas ocasiones luego de la cirugía. Es muy común que en su inicio sea confundido con una verruga que no mejora con los tratamientos habituales<sup>6</sup>. El granuloma piógeno se manifiesta como una pápula roja e indolora que en pocos días o semanas se convierte en una masa tumoral exofítica sésil o pedunculada, con una superficie lobulada o corrugada y que suele estar acompañada de ulceración, sangrado espontáneo o con el roce. Suelen ser friables, rosados o rojos con un tamaño no mayor a 1 cm. A diferencia del MAL se localizan en parte superior del cuerpo y se presentan en sujetos jóvenes.

El **tratamiento** varía de acuerdo a la localización, espesor de Breslow y hallazgos de los estudios complementarios. En la actualidad se puede solicitar la evaluación de la presencia de mutación del oncogen KIT, NRAS y BRAF con el objetivo de realizar tratamiento adyuvante con imatinib o vemurafenib, respectivamente. Se ha demostrado que se encuentran mutados en aproximadamente el 15% de los MAL<sup>7</sup>.

Con el diagnóstico de MAL grueso se le realizaron a nuestra paciente los siguientes estudios complementarios: laboratorio general normal, PET/TAC corporal total y RNM de cerebro con gadolinio, sin particularidades. Se le sugirió ampliación del margen quirúrgico y realizar el ganglio centinela pero la paciente se negó. Se realizó interconsulta con oncología y se le indicaron aplicaciones de interferón 10 millones de UI subcutáneo 3 veces por semana. Aún no ha regresado a control.

## ► BIBLIOGRAFÍA

1. Albreski, D.; Sloan, S.B.: Melanoma of the feet: misdiagnosed and misunderstood. *Clin Dermatol* 2009; 27: 556-563.
2. Piliang, M.P.: Acral lentiginous melanoma. *Clin Lab Med* 2011; 31: 281-288.
3. Alvarez Fernandez, J.G.; Artieda, A.C.: Úlcera en talón. Melanoma amelanótico, tipo melanoma lentiginoso acral, nivel III de Clark, 1,9 mm espesor de Breslow. *Piel* 2002; 17: 330-332.
4. Spinelli Arizmendi, C.; Marti, J.; Carvajal, C.; Cozzani, R.; Hansman, D.; Pedrini, MF.; Sturlese, A.; Kien, MC.; Del Aguila, R.; Cabo, H.: Placa eritematosa en abdomen. Melanoma amelanótico in situ. *Arch Argent Dermatol* 2010; 60: 167-169.
5. Arbona, E.; Balme, B.: Porome eccrine et porocarcinome. *Ann Dermatol Venereol* 2010 ; 137 : 660-662.
6. Ho, J.; Diven, D.; Butler, P.J.; Tyring, S.K.: An ulcerating verrucous plaque on the foot. Verrucous carcinoma (epithelioma cuniculatum). *Arch Dermatol* 2000; 136: 547-552.
7. Zebary, A.; Omholt, K.; Vassilaki, I.; Höiom, V.; Lindén, D.; Viberg, L.; Kanter-Lewensohn, L.; Johansson, C.H.; Hansson, J.: *J Dermatol Sci* 2013; 72: 284-289.