

UNIVERSITAT DE
BARCELONA

**DIAGNOSTICO DEL MELANOMA
LENTIGINOSO ACRAL**

**DIAGNOSIS OF ACRAL LENTIGINOUS
MELANOMA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN PODOLOGÍA

Alumna: Anna Soler Traver

Curso académico: 2016 - 2017

Código asignatura: 360416

INDICE

	PÁGINA
1. Resumen.....	Pág. 3
2. Palabras clave.....	Pág. 3
3. Abreviaturas.....	Pág 3
4. Introducción.....	Pág. 5
5. Objetivos.....	Pág. 6
6. Material y métodos.....	Pág. 6
7. Resultados.....	Pág. 7
7.1 Melanoma Lentiginoso Acral.....	Pág. 7
7.2 Melanoma Subungueal.....	Pág . 8
7.3 Errores diagnósticos más frecuentes.....	Pág. 10
7.4 Algoritmos como ayuda al correcto diagnóstico.....	Pág. 10
8. Discusión	Pág. 11
9. Conclusiones.....	Pág. 12
10. Agradecimientos.....	Pág. 13
11. Bibliografía	Pág. 14
12. Anexo 1.....	Pág 16
13. Anexo 2.....	Pág 19

RESUMEN

Los melanocitos son células de la epidermis, la capa más superficial de la piel, cuya función es la de producir melanina.

La melanina es la encargada de determinar la coloración de la piel, pelo y ojos; aparte, ésta juega un papel fundamental para nuestra salud, ya que se encarga de bloquear los rayos ultravioleta solares evitando que dañen el ADN de las estructuras o los tejidos de esta zona.

Cuando este tipo de células empiezan a dividirse descontrolada y anárquicamente se forma una neoplasia maligna de los melanocitos que se conoce como MELANOMA. Este tipo de neoplasia afecta con más frecuencia a la piel (90%), pero también puede afectar a ojos (9%) y mucosas (1%). Si no se realiza un diagnóstico y un tratamiento precoz presenta un elevado riesgo de desarrollar metástasis linfáticas y hematógenas que empobrecen el pronóstico.

El Melanoma lentiginoso acral (ALM) es un subtipo de melanoma que aparece en las zonas acras del cuerpo, es relativamente raro, pero a menudo muy agresivo.

La dificultad para el diagnóstico de este tipo de lesiones reside en que hay un desconocimiento de las características clínicas del melanoma en esta localización que hace que el profesional y/o paciente atribuya la lesión a otra patología, lo que comporta un retraso en el diagnóstico y un peor pronóstico para el paciente.

Este artículo pretende describir las formas clínicas comunes más habituales en las que se puede presentar el MLA y su variante subungueal con el fin de favorecer su reconocimiento y realizar un algoritmo para facilitar su correcto diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Melanoma; Melanoma lentigo acral, Melanoma Subungueal.

ABREVIATURAS: MLA (Melanoma Lentiginoso Aral); MSU (Melanoma Sub-Ungueal); ML (Melanoniquia Longitudinal); Diagnóstico diferencial (Dx).

ABSTRACT

Melanocytes are cells of the epidermis, the most superficial layer of the skin, whose function is to produce melanin.

Melanin is responsible for determining the colour of the skin, hair and eyes. It also plays a fundamental role for our health, since it blocks the solar ultraviolet rays, avoiding damage in the DNA of the structures or tissues of this area.

When these cells begin to divide in an uncontrolled manner it causes the malignant neoplasm of the melanocytes, known as MELANOMA. This type of neoplasia affects the skin with a greater frequency (90%), but it can also affect the eyes (9%) and the mucous membranes (1%). Failure in early diagnose and treatment may result in a high risk of developing lymphatic and hematogenous metastases that impoverish the prognosis.

Acral Lentiginous Melanoma (ALM) is a subtype of melanoma that appears in the acral zones of the body. It is relatively rare, but often very aggressive.

The difficulty for the diagnosis of this type of lesions consists in the fact that there is a lack of knowledge of the clinical melanoma characteristics in these areas. This causes the professional and / or the patient to attribute the lesion to another pathology, which implies a delay in the diagnosis and worsens prognosis for the patient.

This article describes the most common clinical forms that the MLA and its subungual variant.

It aims at favouring its recognition and performing an algorithm that facilitates the correct diagnosis.

KEYWORDS: Melanoma; Acral Lentiginous Melanoma, Subungual Melanoma.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la incidencia de melanoma ha aumentado de manera significativa en todo el mundo. Es una neoplasia con una elevada tendencia a la metástasis, por lo que su detección precoz adquiere una elevada importancia ⁽¹⁷⁾.

El MLA es el subtipo de melanoma menos frecuente en la raza blanca, representando un 2% - 8 % de éstos ⁽¹⁷⁾. Pero es el subtipo más común en personas con un fototipo de piel oscuro como las personas de raza negra (60%) y Asiáticos (29%) ^{(1)(2)(3)(4) (17)}.

La edad media de presentación es superior que en el resto de los melanomas malignos, entre la quinta y séptima década, con un pico máximo de presentación a los 70 años ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Este tipo de melanoma es más frecuente en los pies que en las manos y se localiza especialmente en la planta del pie, tobillo y la región ungueal ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

Una variante del MLA es el melanoma sub-ungueal (MSU). Este melanoma suele aparecer en la matriz ungueal; la mayoría de las veces en el dedo del Hallux o pulgar ⁽¹⁷⁾. Una manifestación clínica usual de este tipo de melanoma es la melanoniquia longitudinal, (ML) (banda longitudinal marrón o negra en la lámina ungueal, resultado de un aumento en el depósito de melanina) ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Actualmente existe un importante retraso diagnóstico del melanoma lentiginoso acral debido a su **polimorfismo clínico** ⁽⁶⁾⁽²⁾⁽⁹⁾.

La etiología tanto del MLA como del MSU es común a otros melanomas en el factor genético-hereditario, edad avanzada o sistema inmunitario debilitado; algunos estudios han vinculado la exposición a químicos y las lesiones traumáticas como factores de riesgo; en el pie, la aparición en zonas de apoyo sugiere que la presión puede tener algún papel etiopatogénico, quizá asociado al calor o a los traumatismos repetidos; en cambio, a diferencia del melanoma en otras localizaciones, la exposición solar no es un factor de riesgo para su aparición ⁽⁶⁾.

Dada la amplia posibilidad de manifestaciones clínicas hace que no sea infrecuente que exista una demora en su diagnóstico ⁽²⁾.

Por parte del paciente: por su localización, dado que son zonas que el paciente no suele auto-explorarse y son de difícil visibilidad para ciertos pacientes de edad avanzada o con movilidad reducida, especialmente en el caso de localización interdigital; por no acudir a consulta al observar la lesión al atribuirle a causas temporales; o por falta de conciencia en la población de la posibilidad de que el melanoma se presente en las regiones subungueales o palmo-plantares ⁽⁵⁾⁽²⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Y por parte del profesional, ya que se confunde con otras patologías al tener una presentación clínica diversa ⁽¹⁰⁾.

La falta de información sobre sus características clínicas causa una media de retraso de unos 12 meses en el caso de los melanomas palmo-plantares y 18 meses en el caso de los melanomas subungueales, agravando el pronóstico del paciente ⁽²⁾.

Según estudios recientes; el espesor del tumor, la presencia de ulceración, el estadio histopatológico y el índice mitótico son los factores pronóstico más importantes asociados con una menor supervivencia; así como la edad avanzada y el sexo masculino⁽¹⁰⁾.

OBJETIVOS

En este artículo lo que se pretende es:

- Describir las características clínicas del MLA.
- Identificar los errores más frecuentes en el diagnóstico del MLA.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica para recabar la información obtenida se ha realizado mediante bases de datos electrónicas así como bibliografía proporcionada por el servicio de Bibliotecas de la Universitat de Barcelona (CRAI).

La búsqueda electrónica se ha llevado a cabo mediante la base de datos “MEDLINE Pubmed”, combinando los términos “misdiagnosed acral melanoma”, “undiagnosed acral melanoma”, “acral melanoma”, “subungueal melanoma” y “melanoma lentiginoso acral”.

En esta búsqueda se ha realizado aplicando un filtro por año de entre el 2000 y el 2017, para que la información obtenida estuviera convenientemente actualizada; no se aplicó filtro por idioma dado que gran parte de la bibliografía publicada para los resultados deseados está escrita en inglés.

Se han encontrado un total de 28 artículos.

De estos artículos se han incluido todos aquellos artículos a propósito de un caso clínico en el que el melanoma lentiginoso acral y el melanoma subungueal habían sido diagnosticados erróneamente confundiéndolos con otras patologías benignas, así como los artículos que describen la clínica más habitual que presentan ambas patologías.

Se han excluido los artículos que no hacían referencia a la clínica si no a las características histológicas que presenta y a tratamientos; quedando un total de 17 artículos para la revisión.

También se consultaron páginas web de otras universidades como “DERMATOWEB” (UdL); para ampliar o contrastar información.

Para la búsqueda bibliográfica en la biblioteca he utilizado distintos libros de la biblioteca de la UB tales como “Dermatología en Medicina general” de la Edición Médica Panamericana y “Dermatología; atlas, diagnóstico y tratamiento” de la Edición McGrawHill; buscando en el índice “Tumores cutáneos” y “Melanoma lentiginoso acral”.

Tras la revisión exhaustiva de dicha información se extrajeron de cada artículo únicamente la información relevante para los objetivos propuestos para el trabajo.

RESULTADOS

FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL

Representa de un 2% a un 8% de los melanomas (17). La clínica más común del MLA se suele ser una lesión pigmentada, asimétrica, de bordes irregulares y coloración abigarrada, con áreas negras y áreas menos pigmentadas, e incluso puede ser amelanótica. Puede aparecer de novo o sobre una lesión melanocítica preexistente (5).

Cuando la lesión está en esta etapa se suele utilizar el método ABCDE (Asimetría, Bordes, Color, Diámetro, Evolución) elaborada en 1985 (17) como una herramienta de aproximación diagnóstica (10)(17)(18)(3). *Imágenes www.webmd.com*

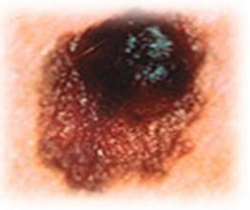
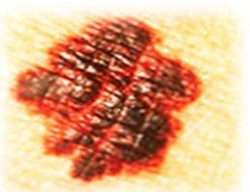
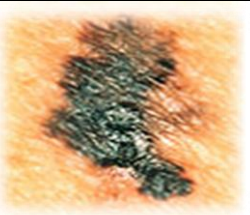
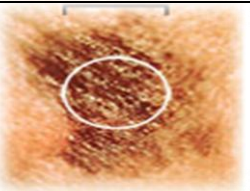
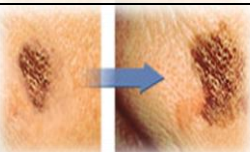
	Explicación	Expresión gráfica
Asimetría	Una mitad, no es idéntica a la otra mitad.	
Borde	Bordes irregulares, con escotaduras, ondulados, desgastados o mal definidos	
Color	Con matices variables de una zona a otra.	
Diámetro	Especial atención en lesiones de > 6mm	
Evolución	Se produce un cambio de tamaño, sintomatología o forma.	

Tabla 1. Criterio ABCDE

El ALM aparece en primer estadio como una mácula pigmentada (ver figura 1), que va creciendo en extensión de coloración marrón heterogénea y que puede progresar a lesión sobre-elevada y ulceración (3)(6)(2).

Algunos estudios han comunicado que la sensibilidad de la lista de verificación ABCDE es del 90 al 100%, pero su especificidad es mucho más baja (17); (ver tabla 1).

También puede presentarse con una morfología de lesión exofítica parecida a una hiperqueratosis (3).



Figura 1. Acral Lentiginous Melanoma (healthh.com/acral-lentiginous-melanoma/)

Una de las diferencias clínicas a **destacar** entre el ALM y el Melanoma en otras zonas del cuerpo es que se presenta con más frecuencia en forma **amelanótica**; esto significa que carecen de melanina (2)(5)(11)(10); (ver figura 2).



Figura 2 Melanoma lentigo acral amelanótico (www.dermis.net)

Clínicamente, estos son algunos de los más difíciles de diagnosticar, ya que la falta de pigmento hace que no se piense en el diagnóstico de melanoma pudiendo atrasarlo⁽⁹⁾.



Figura 3 Melanoma acral amelanotico (www.dermis.net)

Si el melanoma progresa tiende a crecer en profundidad, lo que se le conoce como “crecimiento vertical”⁽⁴⁾⁽⁹⁾; este factor es importante ya que el riesgo de diseminación vía hematológica o vía linfática aumenta a medida que se hace más grueso o si la superficie está ulcerada⁽²⁾; (ver figura 3).

En algunos casos puede aparecer de forma interdigital y con maceración, es entonces cuando se confunde comúnmente con una infección micótica⁽¹²⁾⁽¹⁹⁾; (ver figura 4).



Figura 4 Melanoma Lentiginoso Acral imitando a tinea pedis⁽¹⁹⁾

En estadios más avanzados el MLA puede manifestarse como una lesión ulcerada (con o sin pigmento); (ver figura 5).



Figura 5 Melanoma Lentiginoso Acral (dermatoweb2.udl.)

En esta etapa es cuando el clínico puede confundir la lesión con una úlcera traumática o, en el caso de que el paciente presente diabetes, secundaria a esta patología; una úlcera diabética⁽²⁾⁽¹²⁾.

MELANOMA SUBUNGUEAL

El melanoma ungueal hace referencia a cuando este tipo de tumoración melanocítica maligna involucra el aparato ungueal⁽¹³⁾.

El melanoma subungueal (MSU) corresponde a un subtipo poco frecuente que supone del 0,7 al 3,5% de todos los melanomas cutáneos⁽¹³⁾, pudiendo desarrollarse a cualquier edad, generalmente se presenta en la 6ª o 7ª década de vida.

El 62% de las lesiones se ubica en los dedos de las manos, sin embargo, individualmente el Hallux es el dedo más afectado (24- 43%)⁽¹⁸⁾.

Se ha publicado que el 25-55% de los pacientes con diagnóstico de MSU tiene el antecedente de traumatismo local previo, algunos autores sugieren que los traumatismos repetidos sobre la uña podrían ser capaces de inducir hiperplasia reactiva de los melanocitos de la unidad ungueal⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

PIGMENTACIÓN LONGITUDINAL

Uno de hallazgos clínicos más habituales del melanoma subungueal es la **pigmentación longitudinal** (76% de los casos), lo que se conoce como melanoniquia longitudinal (ML), es comúnmente asintomática, se observa la presencia de una banda longitudinal de coloración café oscura en las uñas a causa de un aumento de depósito de melanina, pero son pocos los pacientes que acuden a la consulta por este signo⁽³⁾⁽⁸⁾; (ver figura 6).



Figura 6 Acral Lentigo Melanoma (www.dermis.net)

Los pacientes suelen referir una banda pigmentada menor de 3mm durante aproximadamente dos años antes de notar los cambios⁽⁸⁾.

SIGNO DE HUTCHINSON

Otro signo frecuentemente encontrado es la presencia del **Signo de Hutchinson**,⁽³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹³⁾ se refiere a la propagación de pigmento del lecho ungueal y la matriz hacia la cutícula, el eponiquio, hiponiquio y/o pliegues laterales del aparato ungueal, está asociado al crecimiento radial del tumor; (ver figura 7).

La presencia de éste no implica que la lesión tenga un origen melanocítico ya que aunque este signo es muy susceptible de melanoma, no es patognomónico, pues algunas patologías como la enfermedad de Bowen pueden presentarlo⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.



Figura 7 Acral Lentigo Melanoma (www.dermis.net)

En las pigmentaciones ungueales no melanocíticas, como los hematomas subungueales o las infecciones fúngicas, el pigmento tiende a distribuirse de forma homogénea. Sin embargo, en las pigmentaciones ungueales melanocíticas la melanina suele manifestarse de una forma más heterogénea⁽¹⁴⁾.

Cuando esta pigmentación atañe a la cutícula y únicamente puede ser percibida con el dermatoscopio se conoce como signo de Micro-Hutchinson⁽¹⁴⁾.

FORMA AMELANÓTICA

El melanoma subungueal se presenta en un 25% de forma amelanótica y tenemos que tenerlo en cuenta en pacientes con distrofias ungueales⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽⁸⁾.

En los casos más avanzados o en los casos de hipocromía y acromía se muestran:

- Microhemorragias
- Remanentes de pigmentación
- Areas rojas homogéneas

ULCERACIÓN

Ocurre en la fase de crecimiento vertical y está asociada a mal pronóstico. Puede ser doloroso, así como presentar infección secundaria⁽⁵⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾; (ver figura 8).



Figura 8 Melanoma Lentiginoso Acral subungueal (www.dermatoweb2.udl.es)

También puede manifestarse como paroniquia y/o distrofia ungueal⁽¹⁶⁾⁽⁸⁾; (ver figura 9).



Figura 9 Eritroniquia longitudinal secundaria a melanoma in situ. (www.elrincondelamedicinainterna.com)

Para facilitar el correcto diagnóstico nos podemos ayudar de la siguiente regla general denominada el criterio ABCDEF; (ver tabla 2).

A	Hace referencia a la edad del paciente (A ge), también la utilizamos para tener en cuenta su procedencia (A friano, A siático, A mericano..) (los países con mayor índice)
B	Describe el tipo de B anda longitudinal que aparece y su coloración (B lack, B rown..)
C	Se refiere a los C ambios morfológicos que presenta la lesión.
D	Apunta el D igito/s que están comprometido, comúnmente afectan al 1º dedo.
E	Describe la E xtensión de la lesión o la posible mácula.
F	Relata los antecedentes F amiliares que tiene el paciente de patologías similares y su historia personal de previos melanomas displásicos, por ejemplo.

Tabla 2; criterios de aproximación diagnóstica del melanoma subungueal. ⁽¹³⁾

ERRORES DIAGNÓSTICOS

Los melanomas en el pie según Fortin et al; son habitualmente mal diagnosticados, sobre un 33% comparados con los melanomas en otras localizaciones donde el porcentaje de error es de un 10% aproximadamente⁽²⁾⁽⁵⁾, es decir, hasta un tercio de estos melanomas son erróneamente diagnosticados⁽¹⁾.

En el anexo adjunto número 1 se muestran los estudios descriptivos que se ha utilizado para búsqueda de casos clínicos de melanomas con un diagnóstico diferencial (Dx) inicial erróneo de otras patologías benignas. En este cuadro se muestra la clínica que presentaba el paciente, la edad, sexo, localización de la lesión, si el paciente presentaba antecedentes neoplásicos así como el Dx inicial, la respuesta a tratamientos, el tiempo transcurrido hasta su correcto diagnóstico y la evolución⁽³⁾⁽⁵⁾⁽⁴⁾.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Lesiones ulceradas (que al no ser reconocidas como melanomas se tratan desbridándolas)⁽⁵⁾, otros por cambios a nivel interdigital se confunden con micosis⁽⁶⁾⁽¹⁹⁾ (que son tratados usualmente con antimicóticos durante una media de 6 meses) y verrucosos⁽⁴⁾ (que son confundidos con verrugas y tratados con ácidos destructivos o crioterapia) son habitualmente los que causan los principales errores diagnósticos y por consiguiente una inapropiada terapia.

Respecto a su variante subungueal es diagnosticado erróneamente como un hematoma subungueal que no sana⁽¹⁵⁾.

Con el fin de reducir cualquier demora diagnóstica, proponemos un algoritmo diagnóstico para algunas de las patologías más comunes que pueden confundirse con MLA.

(Anexo 2)

DISCUSIÓN

Antes de valorar los hallazgos del presente estudio descriptivo se deben tener en consideración limitaciones como que la muestra obtenida de casos clínicos no es suficientemente amplia como para determinar que sea relevante el error diagnóstico con las patologías con las que se suele confundir encontradas en este estudio.

El melanoma cutáneo es un importante problema de salud actual⁽¹⁾. En este estudio nos centramos en melanoma lentiginoso acral (MLA) que es el tipo de melanoma de localización acral más frecuente y suele diagnosticarse en estadios más avanzados que el resto de los tipos de melanoma debido a un error diagnóstica inicial, o según algunos estudios, por tener un mayor componente de agresividad que otros melanomas⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽³⁾.

Existe una media de retraso diagnóstico del ALM de unos 9 meses y unos 18 meses en el caso de los melanomas subungueales hasta que se llega al correcto diagnóstico⁽²⁾. Este retraso multifactorial empeora el pronóstico general del paciente⁽¹⁾⁽²⁾.

Las lesiones del pie son a menudo pasadas completamente por alto por el paciente y el médico; recibiendo una terapia tardía o inadecuada⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁴⁾⁽²⁾. a menudo se retrasa debido a que su presentación imita otras condiciones benignas⁽⁶⁾, algunas veces se ven enmascaradas por los frecuentes microtraumatismos a los que se ve sometido el pie⁽³⁾.

Muchos pacientes no aprecian la presencia de patologías por falta o dificultad de inspección en la zona⁽⁶⁾ ya que es frecuentemente encontrado en los dedos, palmas, plantas, dorso del pie y el área subungueal⁽¹⁾⁽⁶⁾.

Las lesiones pueden presentar cambio de tamaño, forma, color, sangrado, dolor o picor⁽⁶⁾⁽⁵⁾.

Se suele confundir con verrugas, infecciones fúngicas superficiales, poroma ecrico, granuloma piogénico o hematomas⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁵⁾⁽³⁾.

También son muy comúnmente diagnosticadas como heridas en pacientes que presentan diabetes, úlcera post traumática o a causa de una enfermedad arterial periférica⁽²⁾.

Además, este tipo de melanoma es comúnmente amelanótico, con frecuencia ulcerados y carece de los signos clásicos de melanoma asociado con los criterios 'ABCD' (asimetría, borde, color, diámetro)⁽⁵⁾⁽³⁾.

Según el estudio de Wiebke Sondermann et al. la clínica más frecuente encontrada en primer lugar es una nueva lesión pigmentada o un cambio de color en una preexistente. La segunda característica clínica más frecuente es un aumento de tamaño y el tercer signo clínico más común es el sangrado de la lesión⁽²⁾.

El melanoma subungueal (SUM) es raro y representa aproximadamente del 0,7 al 3% de todos los melanomas en la población general⁽¹¹⁾⁽⁸⁾⁽¹³⁾.

El SUM se asocia generalmente con mal pronóstico⁽¹¹⁾ y a diferencia de la mejora significativa en el diagnóstico melanoma cutáneo, el diagnóstico de melanoma subungueal ha mostrado poca o ninguna mejora los años.

Las tasas de supervivencia a 5 años oscilan entre el 20% y el 50%, por lo tanto, el diagnóstico precoz es importante⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽⁸⁾.

Estos datos nos sugieren que existen fallos en las campañas de prevención: la población desconoce las zonas acrales como posible localización del ALM, no se informa de la clínica del ALM subungueal, se debería instruir más a los médicos de familia y a los podólogos sobre este melanoma y se debería hacer un mayor énfasis en varones⁽¹⁾. Aun así el conocimiento por parte del clínico sobre la diversidad de las presentaciones del MLA es esencial⁽⁶⁾.

Las lesiones podales requieren una observación cercana y una biopsia precoz si existe una incerteza clínica⁽⁴⁾.

Con el fin de reducir cualquier demora diagnóstica, se sugiere un algoritmo de diagnóstico para los no-dermatólogos para la evaluación de lesiones cutáneas localizadas en el pie que podrían ser confundidas con melanoma lentiginoso acral.

CONCLUSIONES

1. El Melanoma Lentiginoso Acral presenta una clínica variable con respecto al Melanoma en otras localizaciones del cuerpo.
2. El escaso reconocimiento tanto por parte del paciente, como del personal sanitario de la variabilidad clínica que presenta el MLA y MSU provoca un retraso en el correcto diagnóstico y tratamiento, y por lo tanto, un peor pronóstico para el paciente.
3. Las patologías con las que se confunde frecuentemente son úlceras diabéticas, úlceras traumáticas, tinea pedis y verruga plantar.
4. Las lesiones no exofíticas y las lesiones amelanóticas son las más propensas a sufrir un retraso diagnóstico.
5. La falta de respuesta a un correcto tratamiento aplicado correctamente debe hacernos replantear nuestro diagnóstico.
6. Las campañas preventivas del melanoma deberían poner más vehemencia en la importancia de la auto-exploración y la consulta al profesional ante cualquier lesión que haya cambiado su morfología o una lesión “de novo”.

MOTIVACIÓN PERSONAL

La principal motivación a la hora de realizar este trabajo es que pueda ayudar a los profesionales sanitarios a tener un mayor conocimiento de las diferentes manifestaciones clínicas de una patología grave y con ello conseguir reducir el número de errores diagnósticos que se producen actualmente con el MLA y el SUM.

AGRADECIMIENTOS

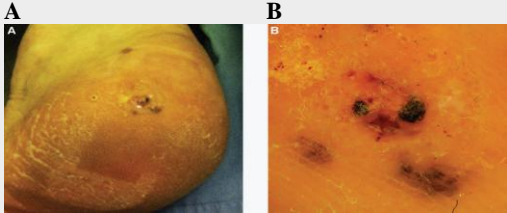
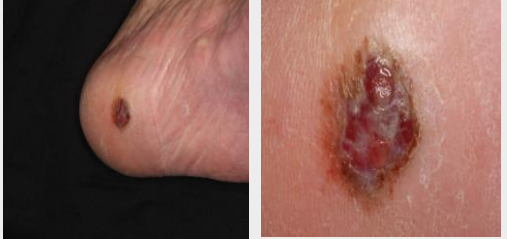
Agradecer a la **Dra. Anna Jugla** (Hospital de Bellvitge) por su excelente trabajo y paciencia tutorizando este trabajo.



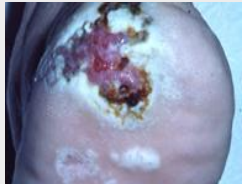
BIBLIOGRAFÍA



1. Pereda C, Traves V, Requena C, Serra-Guillén C, Llombart B, Sanmartín O, et al. Estudio descriptivo de la presentación clínica del melanoma lentiginoso acral. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(3):220–6.
2. Sondermann W, Zimmer L, Schadendorf D, Roesch A, Klode J, Dissemmond J. Initial misdiagnosis of melanoma located on the foot is associated with poorer prognosis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016;95(29):e4332. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27442685>
3. Gumaste P, Penn L, Cohen N, Berman R, Pavlick A, Polsky D. Acral Lentiginous Melanoma of the Foot Misdiagnosed as a Traumatic Ulcer. *J Am Podiatr Med Assoc* [Internet]. 2015;105(2):189–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25815661>
4. Rosen T. Acral lentiginous melanoma misdiagnosed as verruca plantaris: A case report. *Dermatol Online J*. 2006;12(4):37–8.
5. Mansur AT, Demirci GT, Ozel O, Ozker E, Yildiz S. Acral melanoma with satellitosis, disguised as a longstanding diabetic ulcer: A great mimicry. *Int Wound J*. 2015;1–3.
6. For. Report Information from ProQuest. *Organ Dev J*. 2012;(February).
7. Legeay a-L, Thomas L, Dalle S. [Subungual melanoma]. *Ann Dermatol Venereol* [Internet]. 2014;141(1):69–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24461099>
8. Gosselink CP, Sindone JL, Meadows BJ, Mohammadi A, Rosa M. Amelanotic Subungual Melanoma: A Case Report. *J Foot Ankle Surg* [Internet]. 2009;48(2):220–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2008.11.012>
9. Vindigni V, Scarpa C, Bassetto F. Hyperkeratotic acral melanoma mimicking a common wart. *Plast Reconstr surgery Glob open* [Internet]. 2015;3(4):e377. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25973355> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4422208>
10. Pereda C, Traves V, Requena C, Serra-Guillén C, Llombart B, Sanmartín O, et al. Clinical presentation of acral lentiginous melanoma: a descriptive study. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2013;104(3):220–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731012003018>
11. Kim SJ, Park HJ, Lee JY, Cho BK. A case of amelanotic subungual melanoma. *Ann Dermatol*. 2008;20(1):26–8.

12. Fussell JN, Troutman DL, Hossler E, Agarwal S. Malignant Melanoma Presenting as a Nonhealing Heel Ulceration. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2014;104(3):295–7.
13. Levit EK, Kagen MH, Scher RK, Grossman M, Altman E. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2000;42(2 Pt 1):269–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10642684>
14. Baran R, Kechijian P. Hutchinson ' s sign : A reappraisal. *J Am Acad Dermatol.* :87–90.
15. Deinlein T, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I. Acral melanoma mimicking subungual hematoma. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2016;75(5):e181–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.1222>
16. Sakuragi Y, Sawada Y, Hara Y, Ohmori S, Omoto D, Haruyama S, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis caused by faropenem: A possible pathogenetic role for interleukin-23. *Acta Derm Venereol.* 2016;96(2):265–6.
16. Rosen, Ted. (2006). Acral lentiginous melanoma misdiagnosed as verruca plantaris: A case report. *Dermatology Online Journal*, 12(4). Retrieved from: <http://escholarship.org/uc/item/0s0514mh>
17. SandraC.Paek, Arthur J.Sober, Hensin Tsao, Martin C.Mihm (h) y Thimoty M.Johnson. Tumores melanocíticos. En: Klauss Wolff, Lowell A. Goldsmith, Stephen I.Katz, Barbara A. Gilcrest, Amy S.Paller, David J.Leffell. *Dermatología en Medicina General. Vol 7.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 1134-1159.
18. Roberto Arenas Guzmán. Melanoma Maligno. En: Javier de León Fraga, Manuel Bernal Pérez. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Vol 5.* México: Mc Graw Hill; 2013. p. 760-772.
19. Gazme Serarslan, MD,Cenk Akçaly, MD, and Esin Atik, MD. Acral lentiginous melanoma misdiagnosed as tinea pedis: a case report. *International Journal of Dermatology* 2004;43,33-38.

ANEXO 1. ERRORES DIAGNOSTICOS Errores diagnósticos **más frecuentes** del Melanoma Lentiginoso Acral.

DIAGNÓSTICO INICIAL	NUMERO DE CASOS	APARIENCIA	LOCALIZACIÓN	EDAD Y SEXO DEL PACIENTE	ANTECEDENTES NEOPLASICOSA	TIEMPO DE RETRASO DEL CORRECTO DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTOS	EVOLUCIÓN
ULCERA TRAUMÁTICA (3)	2	<p>Rojo intenso en su interior; presenta eritema y dos áreas pigmentadas marrón-grisáceo periféricas a la lesión principal.</p>  <p><i>Ilustración 1-Dx: A) úlcera de 4.5 x 5 mm. B) Misma imagen más cercana(3)</i></p>	Talón derecho	66 / F	2 melanomas en el brazo; y un primo falleció a causa de melanoma	4 sem. → Pct 17 sem. → Ppf	Desbridamiento (No respuesta)	<p>↑ Cirugía</p> <p>Metástasis ganglionar</p> <p>Radioterapia</p> <p>↓ Recidiva</p>
ULCERA TRAUMÁTICA (12)	2	<p>Irregular conformada por una base grisácea</p>  <p><i>Ilustración 1-Dx: Fotografía muestra la presentación del melanoma en el talón</i></p> <p><i>Ilustración 3-Dx: Visión más cercana de la presentación del melanoma.</i></p>	Talón derecho	74 / M	Carcinoma basal facial.	8 sem. → Pct	Crema antibiótica. Baños de sal. (No respuesta)	<p>↑ Cirugía</p> <p>Metástasis ganglionar</p> <p>Cirugía</p> <p>↓ Curación</p>

<p>ULCERA DIABETICA <i>(16)</i></p>	<p>2</p>	<p>Úlcera rojiza sin pigmentación (amelanótica)</p> <p>A B</p>  <p><i>Ilustración 5-Dx: A) Úlcera sin pigmentación en el talón. B) Plan quirúrgico</i></p>	<p>Talón derecho.</p>	<p>80 / M</p>	<p>ND</p>	<p>9 sem → Ppf</p>	<p>Ungüentos cicatrizantes. (No respuesta)</p>	<p>↓ Cirugía amplia No metástasis</p>
<p>ULCERA DIABETICA <i>(5)</i></p>	<p>2</p>	<p>Úlcera pigmentada oscura con sateilosis.</p> <p>A B</p>  <p><i>Ilustración 6-Dx: Presentación clínica del melanoma. A) Antes de la amputación. B) Tras la amputación.</i></p>	<p>Bajo la uña del 5º dedo</p>	<p>87 / F</p>	<p>ND</p>	<p>30 meses Ppf</p>	<p>Antibióticos sistémicos y tópicos durante 2 años. (No respuesta)</p>	<p>↓ Metastasis Ganglionar Pneumonía e insuficiencia renal UCI</p>
<p>VERRUGA PLANTAR <i>(16)</i></p>	<p>1</p>	<p>Lesión exofítica erosiva granular con un borde hipopigmentado con apariencia macerada.</p>  <p><i>Ilustración 7-Dx: Lesión erosiva y macerada.</i></p>	<p>Región proximal del talón derecho.</p>	<p>42 / F</p>	<p>Sin antecedentes neoplásicos.</p>	<p>12 meses → Ppf</p>	<p>Spray de nitrógeno líquido y cantaridina (No respuesta)</p>	<p>ND</p>

<p>MICOSIS (TINEA PEDIS) <i>(19)</i></p>	<p>1</p>	<p>Herida ulcerada exofítica de color marrón oscuro, indurada y con un borde blanquecino de 0.5/1 cm aprox.</p>  <p><i>Ilustración 8-Dx: Melanoma lentiginoso acral con maceración.</i></p>	<p>Lesión interdigital en el 4º espacio</p>	<p>68 / M</p>	<p>Sin antecedentes neoplasicos.</p>	<p>12 meses → Ppf</p>	<p>Antifúngicos durante 1 año. (No respuesta)</p>	<p>Metástasis en los nódulos linfáticos inguinales.</p>
<p>HEMATOMA SUBUNGUEAL <i>(15)</i></p>	<p>1</p>	<p>Bandas longitudinales irregulares grisáceas y marrones que se continúan por el extremo libre del dedo (Signo de Hutchinson)</p>  <p><i>Ilustración 9-Dx: Melanoma lentiginoso acral imitando a hematoma subungueal</i></p>	<p>1º dedo, derecha</p>	<p>86 / M</p>	<p>Sin antecedentes neoplásicos</p>	<p>ND</p>	<p>ND</p>	<p>ND</p>

M: Male, F: Female, cm: centímetros, aprox: aproximadamente, Pct: por parte del paciente; Ppf: por parte del profesional; Tos: Tratamientos; Sem: Semanas; ND: No Disponible.

ANEXO 2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

