



Localizador: 15021

Melanoma acral lentiginoso: variante subungueal en un niño

Acral melanoma subtype subungueal in a child

Daniel Feinsilber,* Florencia Díaz,[‡] Roberto Schroh[§]

Palabras clave:

Melanoma acral,
subungueal, niño.

Key words:

Acral melanoma,
subungueal, childhood.

RESUMEN

Presentamos a un niño de 8 años de edad con diagnóstico de melanoma acral lentiginoso subungueal que surge sobre nevo melanocítico longitudinal en banda, localizado en primer dedo del pie derecho, diagnosticado a los 4 años de edad. Comenzó 4 meses antes de la consulta con cambios rápidos en tamaño y coloración. Con el diagnóstico presuntivo de melanoma se decide extirpación quirúrgica no agresiva; al confirmar el diagnóstico la histología muestra una proliferación melanocítica con pleomorfismo nuclear, nucleolos prominentes, aumento del número de mitosis atípicas y melanocitos dendríticos formando pequeños nidos nevoides y leve pleomorfismo.

ABSTRACT

We presented an 8-year-old white boy with subungueal and acral pigmentation in the big toe of the right foot. At the age of 4, he developed a longitudinal melanocytic nevus (longitudinal melanonychia). Few months later, the lesion grew quickly changing pigmentation and size. Once the diagnosis of melanoma was confirmed, we decided its complete excision. The melanocytic proliferation shows nuclear pleomorphism, prominent nucleoli, increased and abnormal mitoses, longitudinally branching of dendritic melanocytes and small nevoid nests, slightly pleomorphic.

INTRODUCCIÓN

El melanoma subungueal en niños es una variedad rara; existen pocas publicaciones en la bibliografía médica.

La melanoniquia longitudinal (ML) es la presencia de pigmento castaño-negruzco debido a la melanina en forma lineal en la uña. Cuando ocurre de forma solitaria representa un dilema y más aún en los niños, debiendo tener en cuenta que en general representa lesiones benignas por activación de los melanocitos de la matriz ungueal (como nevus lentiginosos) y a veces lesiones malignas (como el melanoma subungueal).

Reportamos un caso de un melanoma *in situ* (MIS) acral, variedad subungueal que se presentó como una expansión de una ML en un niño, siendo el primer caso referido en Argentina.

REPORTE DEL CASO

C.E., 8 años, argentino. Fototipo IV. Consulta por una lesión pigmentada, castaño oscuro, difusa, que toma el tercio externo del lecho subungueal del primer dedo del pie derecho (Figura 1).

Niño en buen estado de salud, sin historia familiar de melanoma ni de pigmentación del lecho ungueal. Como antecedentes, su madre refiere que comienza a los 4 años de edad con una lesión maculosa, lineal, en toda la extensión de la placa ungueal, longitudinal que comprometería el eponiquio, la cual fue diagnosticada como un nevo melanocítico en banda. Además, es jugador



Figura 1. Lesión maculosa, castaño oscuro en tercio externo placa ungueal, primer dedo de pie derecho.

* Jefe de División del Servicio de Dermatología, Hospital de Agudos J. M. Ramos Mejía, C.A.B.A., Argentina.

[‡] Jefe de Residentes del Servicio de Dermatología, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

[§] Dermatopatólogo del Servicio de Dermatología, Hospital de Agudos J. M. Ramos Mejía, C.A.B.A., Argentina.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido: 28/Julio/2015.
Aceptado: 31/Julio/2015.



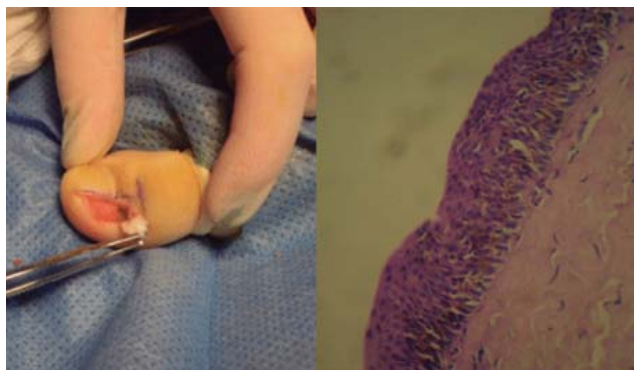


Figura 2. Mácula castaño negruzca en matriz. HP H/E100x hiperplasia melanocítica atípica con patrón lentiginoso intraepidérmica, constituyendo un mal in situ. Márgenes libres.

federado de fútbol y refiere múltiples hematomas y traumatismos previos en la zona de la lesión. Motiva la consulta el crecimiento radial y rápido en los últimos 4 meses.

Al examen físico presenta lesión maculosa subungueal de color castaño oscuro con un sector rojizo que compromete el eponiquio, de 11 x 6 mm. Con diagnóstico presuntivo de **melanoma acral lentiginoso, variante subungueal** se efectúa extirpación quirúrgica con anestesia local y tendencia curativa, utilizando técnica citohistoquirúrgica para evaluación de márgenes de seguridad (Figura 2).

Se realiza escisión medial longitudinal en la piel de la primera falange, formando 2 colgajos que se repliegan observándose en el sector externo de la matriz una formación pigmentada maculosa negruzca de bordes netos, 3 mm de diámetro y melanoniquia en el resto de la placa ungueal, sin compromiso del lecho.

Se efectúa resección con márgenes de seguridad en «cuña» de dicha lesión y 4 ampliaciones (Figura 3). El informe histopatológico de la pieza quirúrgica, protocolo No 297575 reporta:

1, 3 y 5: lecho ungueal proliferación melanocítica atípica intraepitelial.

1 y 3: márgenes libres periféricos.

5: en el centro de la pieza, correspondiente a la matriz ungueal, se observa foco submilimétrico atípico con márgenes libres.

2 y 4: tejidos blandos sin alteraciones significativas.

6: lámina ungueal eutrófica melanizada.

Diagnóstico: melanoma acral subungueal, márgenes libres.

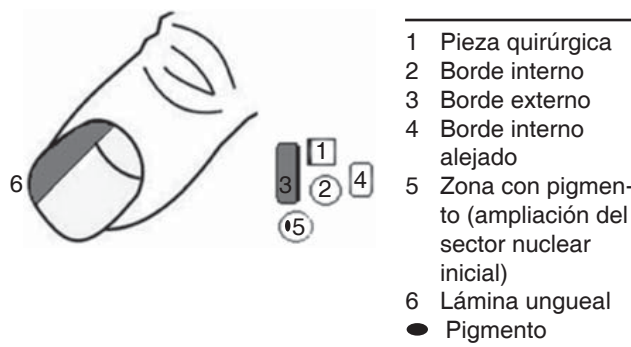


Figura 3. Explicativo de la pieza quirúrgica.

Luego de 4 meses con buena reparación del lecho ungueal presenta en el borde externo de la cicatriz quirúrgica una lesión maculosa en forma de «coma» de 3 x 1.2 mm, color castaño claro. Evaluando una posible recaída, se procede a extirpar dicha lesión en forma de «cuña» con un margen de 2 mm (Figura 4).

Se recibe protocolo 299570 que informa hiperplasia melanocítica lentiginosa típica, márgenes quirúrgicos libres. No pudiendo determinar si esto podría tratarse de restos del nevo longitudinal en banda que nuestro paciente presentó con hiperplasia lentiginosa o si es debido a un epifenómeno de una hiperplasia melanocítica postquirúrgica reactiva.

Se efectúan controles trimestrales y al cabo de tres años de seguimiento el paciente se encuentra libre de enfermedad (Figura 5); continuando con controles semestrales hasta completar cinco años y posteriormente anuales.

DISCUSIÓN

El melanoma en la infancia y adolescencia es infrecuente, corresponde aproximadamente a 1-2% de los melanomas¹⁻³ y a 3-4% de las neoplasias malignas en la infancia.⁴

La variedad acral en niños es extremadamente rara, con sólo 12 casos reportados en la bibliografía médica (Tabla 1).⁵⁻¹² Se presenta en aproximadamente 20% en africanos y asiáticos y en 1.5-2% de los caucásicos; sin embargo, en números absolutos la incidencia es similar.^{13,14}

La melanoniquia longitudinal (ML) o estriada corresponde a una banda de pigmento longitudinal en dedos de pie o mano de color castaño o castaño-negruzco, siendo esta condición más frecuente en afroamericanos, latinoamericanos y pacientes asiáticos.¹⁵ Se debe comúnmente a pigmento melánico, se produce por activación

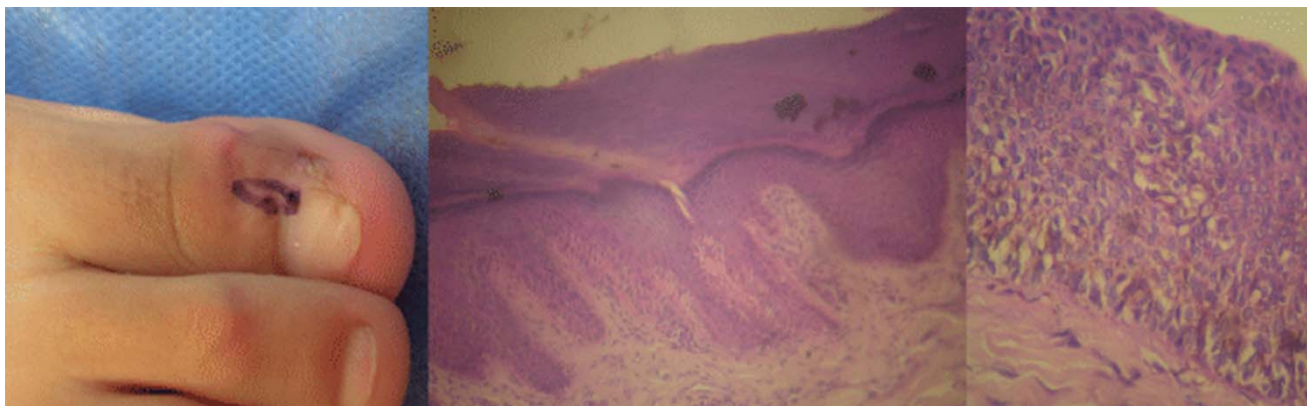


Figura 4. Mácula castaño claro, H/P 100x y 400x hiperplasia melanocítica típica.



Figura 5. Cicatriz postquirúrgica, a los tres años, sin recidiva.

o hiperplasia melanocítica. En contraste con la población adulta, la mayoría de las bandas de ML en niños es causada por nevus de la matriz ungueal, ocasionados por melanocitos ectópicos.¹⁶

En una revisión de la bibliografía médica de 83 pacientes pediátricos con ML sólo 2 fueron diagnosticados como melanoma.⁵⁻⁸

En esos últimos 35 años sólo 5 de 85 niños con ML (5.9%) tenían en la histología evidencia de malignidad;^{5,7,9} por lo que se aconseja conducta expectante y control continuo.¹⁵

Dentro de las publicaciones pediátricas de melanomas acrales subungueales, 2 casos reportados^{5,8} fueron diagnosticados como melanomas invasivos, con metástasis en ganglios linfáticos, sin antecedentes de ML.

10 casos fueron diagnosticados como melanoma *in situ* a partir de una ML.^{6,7,9-12} 4 de estos 10 casos han sido puestos en revisión,⁷⁻⁹ en los que se cree que han correspondido a hiperplasias benignas melanocíticas y debido a un nevus funcional hiperactivo.⁷⁻⁹

De los 6 restantes,^{6,10-12} 2 casos fueron presentados en pacientes de fototipos I y II,¹² 2 en fototipos III y IV,¹¹ uno en una paciente de Japón⁶ y el último en una paciente de Filipinas.¹⁰

El manejo de la ML representa una dificultad y la biopsia está discutida. La biopsia por sacabocado puede generar falsos negativos; la correcta toma de biopsia debe incluir matriz y platillo ungueal y piel aparentemente sana; el dermatopatólogo que lo informe debe estar capacitado en desórdenes ungueales.

La conducta expectante «esperar y mirar» es aconsejada cuando la lesión no presenta características clínicas ni dermatoscópicas de malignidad. En contraste con esto, la ML debe ser extraída cuando presenta cambios en la banda, forma irregular, aumento del grosor, signo de Hutchinson o en los fototipos de piel oscura.¹⁰

Los melanomas acrales tienen un pobre pronóstico, se llega al diagnóstico en forma tardía y por ello presentan una sobrevida baja como en los melanomas nodulares.¹⁷

Existen pocos reportes de ML en niños, por ello a medida que sean publicados nuevos casos podrá organizarse alguna guía de manejo y tratamiento. Actualmente no se considera biopsiar las ML en los niños,¹³ pero debido a los casos reportados y a la evolución favorable de nuestro paciente tanto a nivel terapéutico como estético, aconsejamos realizar la biopsia y cirugía conservadora¹⁸ cuando la sospecha prevalezca en los otros diagnósticos diferenciales; valorando el control continuo y precoz para evitar recidivas en el caso.

Tabla 1. Reporte de casos, melanoma ungueal en niños.

Autor	Sexo	Origen	Aparición	Diagnóstico	Localización	Histología	Comentario
Lyall ⁵	M	?	RN	1 año	3RF	MM	Ganglios +
Hori ⁶	F	Japón	?	3 años	5LF	MIS	
Kato ⁷	M	Japón	1 año	4 años	3LF	MIS	Dx ¿?
Kato ⁷	F	Japón	1.6 años	2 años	2RF	MIS	
Kato ⁷	F	Japón	6 meses	1 año	1RT	MIS	
Uchiyama ⁸	?	Japón	1 mes	7 años	3RF	MM	Ganglios +
Kiryu ⁹	F	Japón	3 años	5 años	5LF	MIS	Dx ¿?
Antonovich ¹⁰	F	Filipinas	1.1 año	7 años	4LF	MIS	
Iorizzo ¹¹	F	Argentina	1 año	14 años	3RF	MIS	
Iorizzo ¹¹	M	Brasil	5.6 años	6 años	1LT	MIS	
Tosti ¹²	M	Italia	RN	2 meses	1RT	MIS	
Tosti ¹²	F	Italia	1 año	1.8 meses	2RF	MIS	
Feinsilber	M	Argentina	4 años	8 años	1RT	MIS	

RF: dedo de mano derecha, RT: dedo de pie derecho, LF: dedo de mano izquierda, LT: dedo de pie izquierdo, MM: melanoma maligno, MIS: melanoma *in situ*, Dx: diagnóstico, RN: recién nacido.

Debido a la sospecha diagnóstica, a nuestro paciente se le preparó para la cirugía y en el mismo acto quirúrgico se corroboró el diagnóstico y se realizó la exéresis de dicha lesión, conservando la falange del dedo. Se utilizó la técnica citohistoquirúrgica para evaluar márgenes de seguridad.^{19,20}

Correspondencia:

Dr. Daniel Feinsilber

Av. Entre Ríos 655 2 «B»,

C.A.B.A., Argentina, 1080.

Tel-fax: 54 11 4381 9159

E-mail: dafeinsilber@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Strouse JJ, Fears TR, Tucker MA et al. Pediatric melanoma: risk factor and survival analysis of the surveillance, epidemiology and end results database. *J Clin Oncol*. 2005; 23: 4735-4741.
2. Lange JR, Palis BE, Chang DC et al. Melanoma in children and teenagers: an analysis of patients from the National Cancer Data Base. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 1363-1368.
3. Berk DR, La Buz E et al. Melanoma and melanocytic tumors of uncertain malignant potential in children, adolescents and young adults-the Stanford experience 1995-2008. *Pediatr Dermatol*. 2010; 27: 244-254.
4. Li J, Thompson TD, Miller JW et al. Cancer incidence among children and adolescents in the United States, 2001-2003. *Pediatrics*. 2008; 121: 1470-1477.
5. Lyall D. Malignant melanoma in infancy. *J Am Med Assoc*. 1967; 202: 93.
6. Hori Y, Yamada A, Tanizaki T. Pigmented small tumors. *Jpn J Pediatr Dermatol*. 1988; 7: 117-120.
7. Kato T, Usuba Y, Takematsu H et al. A rapidly growing pigmented nail streak resulting in diffuse melanosis of the nail. A possible sign of subungual melanoma *in situ*. *Cancer*. 1989; 64: 2191-2198.
8. Uchiyama M, Minemura K. Two cases of malignant melanoma in young persons. *Nippon Hifuka Gakkai Zasshi*. 1979; 89: 668.
9. Kiryu H. Malignant melanoma *in situ* arising in the nail unit of a child. *J Dermatol*. 1998; 25: 41-44.
10. Antonovich DD, Grin C, Grant-Kels JM. Childhood subungual melanoma *in situ* in diffuse nail melanosis beginning as expanding longitudinal melanonychia. *Ped Dermatol*. 2005; 22: 210-212.
11. Iorizzo M, Tosti A et al. Nail melanoma in children: differential diagnosis and management. *Dermatol Surg*. 2008; 34: 974-978.
12. Tosti A, Piraccini MB, Cagalli A, Haneke E. *In situ* melanoma of the nail unit in children: report of two cases in fair-skinned Caucasian children. *Ped Dermatol*. 2012; 1: 79-83.
13. Kato T, Suetake T, Sugiyama Y, Tabata N, Tagami H. Epidemiology and prognosis of subungual melanoma in 34 Japanese patients. *Br J Dermatol*. 1996; 134: 383-387.
14. Thai KE, Young R, Sinclair RD. Nail apparatus melanoma. *Australas J Dermatol*. 2001; 42: 71-81.
15. Buka R, Friedman KA, Phelps RG et al. Childhood longitudinal melanonychia: case reports and review of the literature. *Mt Sinai J Med*. 2001; 68: 331-335.
16. Surena N, Phan A, Poulalhon N, Balme B et al. Conservative surgical management of subungual (matrix derived) melanoma: report of seven cases and literature review. *Br J Dermatol*. 2011; 165: 852-858.
17. Wulkan AJ, Tosti A. Pediatric nail conditions. *Clinics in Dermatology*. 2013; 31: 564-572.
18. Haneke E. Ungual melanoma-controversies in diagnosis and treatment. *Dermatologic Therapy*. 2012; 25: 510-524.

19. Feinsilber DG. Cytohistosurgical techniques for evaluation of resection border in skin cancer and another tumors. Our experience in five years (study and following of 81 patients who develop tumors). Abstracts, ESO, II, Convención Latinoamericana. 1997. p. 81-82.
20. Feinsilber DG, Schroh RG, Navarre JH, Rodríguez JC. *Utilización de la técnica citohistoquirúrgica para la resección de un carcinoma basocelular en el cráneo, con invasión ósea y meníngea.* Trabajo interdisciplinario. In: XIV Congreso Argentino de Dermatología (783). Buenos Aires. *Soc Argent Dermatol.* 1998; 16.

www.medigraphic.org.mx