

Melanoma Maligno Cutáneo de presentación acral

Acral cutaneous malignant melanoma

Vanessa E. Méndez-Matthey^{1,2,a}, Cesar Rey-Susanibar^{1,a}

Paciente masculino de 76 años de edad, jubilado, hipertenso, que se hospitalizo por presentar episodios de melena. Presenta lesión en el talón izquierdo con evolución de 1 año aproximadamente que aumento de tamaño progresivamente; lesión ulcerada, hiperpigmentada, de bordes mal definidos, sobre elevada y consistencia friable, dolorosa a la palpación de aproximadamente 3 cm. de longitud. Al examen general no se detectaron otras lesiones ni adenopatías. Se le realizo biopsia incisional que corrobora el diagnostico de melanoma cutáneo maligno.

Talón de pie izquierdo con lesión exofítica hiperpigmentada de bordes mal definidos, se observa maceración perilesional y lesión principal sin pigmento. (Fotografía N°01 y 02).



Fotografía N°01



Fotografía N°02

El Melanoma maligno cutáneo (MMC), es la neoplasia más agresiva con altas tasas de mortalidad cuando el diagnóstico es tardío. Afecta especialmente a individuos de raza blanca con antecedentes de exposición intensa a la luz solar, mientras que en personas de piel más oscura tiene mayor incidencia en áreas poco expuestas. Los melanomas cutáneos de presentación acral, son lesiones malignas raras, cuya

1. Facultad de Medicina, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima-Perú.
2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista. (SOCIEM-UPSJB). Lima-Perú.
a. Estudiante de Medicina.

incidencia es considerablemente más baja en comparación con melanomas de otras localizaciones como el Melanoma maligno de tipo Lentiginoso acral, Lentigo maligno y el Melanoma maligno nodular, y dentro de las últimas encontramos al Melanoma desmoplásico, al neurotrópico, al MM en nevos congénitos y al MM de desviación mínima^(1,2,3,8). El melanoma maligno cutáneo es una neoplasia que se origina en los melanocitos de la piel, mucosas del aparato digestivo o urogenital, conjuntiva, coroides o las meninges, ya que en estas localizaciones están presentes los melanocitos, células derivadas de la cresta neural⁽²⁾. Es una enfermedad compleja que predomina en el adulto entre la quinta y séptima década de la vida⁽⁴⁾. Según Clark et. al. el melanoma maligno se desarrolla a partir de un nevo precursor (nevo displásico, nevo atípico, nevo de Clark) que evoluciona a fases que incluyen hiperplasia atípica, displasia y melanoma in situ. Según Ackerman, el 75% de los melanomas malignos se origina de novo⁽⁸⁾.

El factor más importante involucrado en la patogénesis del cáncer de piel es la radiación ultravioleta (UV)⁽³⁾, predisposición genética, mutaciones del gen supresor p-53, arsénico, rayos X, traumas mecánicos o térmicos, úlceras crónicas, e inmunosupresión^(4,5).

Molecularmente, la activación anormal de la vía de proteincinasa activada por mitógenos (MAPK, también llamado ERK) estimula el crecimiento del melanoma. La activación de esta vía es el resultado de mutaciones somáticas en el N-RAS, que un 15% se asocia a melanoma, o en el BRAF, que en 50% se ha asociado a melanoma. Estas mutaciones causan la activación constitutiva de las cinasas-serinas-treoninas en la vía ERK-MAPK⁽⁹⁾. El tratamiento es quirúrgico, la extirpación del melanoma cuando este está limitado a la epidermis y no sobre pasa la membrana basal supone una supervivencia del 100%. Cuando el melanoma rompe la membrana basal e inicia su fase de crecimiento vertical el pronóstico es sombrío y debe realizarse un tratamiento del tumor primitivo, de la afectación ganglionar y de las metástasis si existen^(6,7).

En el Perú no se cuentan con datos sobre la incidencia de las neoplasias cutáneas, sin embargo en el periodo comprendido entre los años 2006-2011 se notificó un total de 109 914 casos de cáncer de los cuales 7242

fueron de piel, lo que representa el 6.6% del total de cánceres registrados por la Dirección General de Epidemiología del MINSA.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez-Vidrio RM, Cortés-Lozano M. Confrontando al melanoma en el siglo XXI. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 35:313.
2. Martín Algarra S. Melanoma Extra cutáneo. En: Berrocal Jaime A, editor. Tratado actualizado del melanoma. Barcelona: Glosa, 2009;339-354.
3. Masloski JE, Piat GL, Luján Sánchez AM, De la Rosa JC. Melanoma. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*
4. Herrera González NE, Aco Flores AY. El melanoma en México. *Rev Esp Med Quir* 2010;15(3):161-164.
5. Peniche J. Tumores de la piel. En: Saúl, A. Lecciones de Dermatología. 14ava edición. México, D.F.: Méndez Cervantes Editores 2000: 539-592
6. Langley R, Barnhill R. Neoplasias: Melanoma Cutáneo. En Fitzpatrick T, Freedberg I, Eisen A editores. *Dermatología en Medicina General*. 5ta Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002:1134-74.
7. Odom R, James W, Berger T. En Andrews' *Dermatología Clínica*. 9ª Edición. Madrid: Editorial Marbán; 2004: 881-90.
8. Arenas R. Atlas dermatología, diagnóstico y tratamiento. Tercera edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
9. Miller A, Mihm MJ. Melanoma. *N Engl J Med* 2006;355:51-65.

Correspondencia

Vanessa E. Méndez Matthey.

Correo: vmmatthey@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 28/06/2015

Aceptado: 26/09/2015