

Melanoma amelanótico simulando un granuloma Piógeno

Amelanotic melanoma mimicking a pyogenic granuloma

Francisca Garrido Moyano¹, María Sierra Girón Prieto², José Aneiros Fernández³

¹ Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Virgen de las Nieves, Granada

² Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Atarfe. Granada

³ Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Estimado editor,

El melanoma es un tumor maligno muy agresivo de prevalencia creciente. La variante amelanótica se caracteriza por tener un rápido crecimiento y ausencia de pigmento, lo que dificulta su diagnóstico clínico. El caso clínico que se presenta, enfatiza la necesidad de realizar un estudio histológico de lesiones cutáneas extirpadas aun cuando la sospecha de lesión maligna sea baja para evitar retrasos en el diagnóstico.

Se trata de un paciente de 72 años que consulta por lesión en palma de mano derecha de dos años de evolución (figura 1). Como antecedentes personales destacan hipertensión e hipercolesterolemia, con buen control con tratamiento. Seis meses antes de la consulta, el paciente había sido atendido en otro centro, donde le practicaron una electrocoagulación de la lesión sin estudio histológico. A la exploración presentaba una tumoración friable de 20 mm de diámetro con collar de epidérmico y costra en superficie compatible clínicamente con un granuloma piogénico. La biopsia reveló un melanoma amelanótico que alcanzaba la dermis profunda (Breslow 8mm). Las células eran positivas para Melan A y HMB 45. Se practicó entonces una reescisión quirúrgica con 2 cm de margen y cierre del defecto mediante injerto dermoepidérmico.

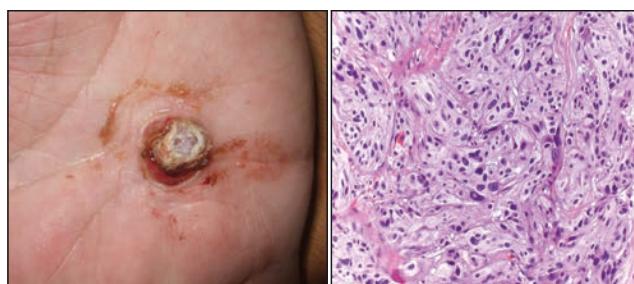


Figura 1.

El melanoma amelanótico es un tipo de melanoma cutáneo primario que carece de pigmento a la observación clínica, característica que hace que supongan un reto diagnóstico. Por ello resultan claves estos tres aspectos: entrevista clínica, características dermatoscópicas y su estudio inmunohistoquímico. Se debe de recoger en la historia clínica, entre otros datos, la frecuencia de exposición solar previa, antecedentes de otros tipos de tumores y evolución

de la lesión; que en este caso, era de 2 años, lo que nos debe de poner en alerta para sospechar este tipo de lesiones cutáneas malignas (1). Presenta una incidencia entre el 1.8% y 8.1% de todos los melanomas. En cuanto a su distribución por sexos, no hay un claro predominio, afectando a ambos por igual. Respecto a su localización, las más frecuentes son las extremidades inferiores y el tronco (2). Entre sus características dermatoscópicas se encuentran áreas rojo lechosas, vasos atípicos fuera de foco (algunos en sacacorchos, otros puntiformes y otros lineales irregulares) y crisálidas (3).

En el diagnóstico diferencial se debe de incluir fundamentalmente el granuloma piógeno y en segundo plano, verrugas, granulomas por cuerpo extraño, tilosis y carcinoma espinocelular. Al carecer de pigmento, bien totalmente o de forma escasa, no resulta tan evidente que presenten los cambios típicos descritos en el "ABCDE", de ahí la importancia de realizar biopsia por escisión, si es posible, para confirmar histológicamente la naturaleza de la lesión (1). En nuestro caso, se podría haber evitado el retraso diagnóstico cuando se extirpó por primera vez por electrocoagulación.

Uno de los factores más importantes de la supervivencia y pronóstico a largo plazo, es el estadio en el momento del diagnóstico, en relación con el índice de Breslow, como el resto de melanomas. No hay datos concluyentes sobre el peor pronóstico de este subtipo de tumores, si bien podrían tener un peor pronóstico inicial por su retraso diagnóstico (4).

REFERENCIAS

1. Wain EM, Stefanato CM, Barlow RJ. A clinicopathological surprise: amelanotic malignant melanoma. Clin Exp Dermatol. 2008 May; 33(3):365-6.
2. Abbes I, Sassi S, Dhouib R, Mrad K, Driss M, Limaiem F, Ben Romdhane K. Small cell malignant melanoma: an unusual morphologic variant Pathologica. 2007 Dec; 99(6):431-3.
3. Dainichi T, Kobayashi C, Fujita S, Shiramizu K, Ishiko T, Kiryu H, Urabe K, Tsuneyoshi M, Furue M. Interdigital amelanotic spindle-cell melanoma mimicking an inflammatory process due to dermatophytosis. J Dermatol. 2007 Oct; 34(10):716-9.
4. Oiso N, Yoshida M, Kawara S, Kawada A. Amelanotic vulvar melanoma with intratumor histological heterogeneity. J Dermatol. 2010 Jun; 37(6):537-41.