

Melanoma maligno: cuando sospecharlo y que hacer

Ofelia Wilkinson Oberti*, Xenia Velásquez Montoya†, Martha Herrera‡

INTRODUCCIÓN

La incidencia de melanoma ha aumentado en la última década. Afecta todos los grupos de edad con una media de 53 años. La etiología precisa de melanoma se desconoce pero existen factores de riesgo como ser piel blanca, una susceptibilidad para quemadura solar, historia familiar de melanomas o nevos atípicos, un número grande de nevos (> 50) o nevos displásicos (> 10), pecas, una historia de quemaduras ampollares severas, historia de cáncer cutáneo no melanoma, o un nevo que está cambiando.¹ Varios estudios, como se describe en esta revisión, han sugerido el rol importante que juega la luz solar en la patogénesis del melanoma. Este riesgo parece depender más de exposición solar intermitente, especialmente temprano en la vida, que de exposición solar acumulativa

En vista de que esta patología ha aumentado su incidencia, el Servicio de Dermatología ha organizado la "Semana del Lunar" como campaña para detección temprana de melanomas y educación a la población en cuanto a la exposición solar.² El objetivo de esta revisión bibliográfica es brindar al lector todos los conocimientos actualizados sobre melanoma para sospecharlo tempranamente.

Una vez confirmado con la biopsia, se indican cuales son los pasos siguientes para su manejo y seguimiento.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

En vista de que el melanoma es un tumor visible, la detección temprana y su reconocimiento es la clave para una posible cura. Existe una guía que nos permite reconocer lesiones sospechosas de melanoma,^{3,4} llamada guía A, B, C, D, E, F.

- A. Asimetría de la lesión
- B. Bordes irregulares
- C. Variaciones en el color
- D. Diámetro 0.6 cm.
- E. Elevación de la lesión
- F. Fragilidad

Debe pensarse en la posibilidad de un melanoma cuando el paciente reporta una lesión pigmentaria nueva o cambios en un nevo preexistente. La exposición solar intermitente seguida por quemaduras es un factor etiológico en la patogénesis del melanoma, que se inicia en un nevo previo.⁵ Esto es lo que sucede en personas que se exponen al sol por períodos prolongados solo durante las vacaciones y presentan quemaduras solares. Sin embargo, es importante hacer notar que la mayoría de los melanomas crecen de *ново* más que de nevos preexistentes. La medida preventiva más importante para el desarrollo de melanoma es protegerse del sol durante la niñez.⁶⁻⁸

* Dermatóloga. Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

† Residente III Año de Postgrado de Dermatología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Actualmente Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

‡ Residente III Año de Postgrado de Dermatología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Actualmente Clínica Murillo, San Pedro Sula.

Dirigir correspondencia a: X.J. Velásquez. E-mail= xeniavelasquez@hotmail.com

TIPOS DE MELANOMA

Existen cuatro tipos clínicos de melanoma.^{1,9,10,12}

- 1. Melanoma Extensivo Superficial.** Puede localizarse en cualquier parte del cuerpo pero es más común en las piernas de las mujeres y en la espalda en los hombres. La edad de aparición es entre los 40 y 50 años. Al momento de consulta la mayoría de las lesiones tienen de 2.5 cm. de diámetro y pueden ser palpables. Sus bordes son angulados o indentados y existe gran variación en el color (rosado, rojo, bronceado, café, negro). Áreas nodulares indican crecimiento vertical (Fig. 1A).
- 2. Melanoma Nodular.** Clínicamente parece una pápula o un nódulo de melanoma. Su localización más frecuente es en tronco, cabeza y cuello. Tiene la particularidad de evolucionar rápidamente (en meses) y ya está elevado cuando se encuentra por primera vez. La edad de presentación es la quinta década de la vida. Su color varía desde rosado en las lesiones amelanóticas, hasta negro (Fig. 1B).
- 3. Acral Lentiginoso.** Se le conoce también como peca melanótica de Hutchinson. Se localiza en palmas, plantas y lechos ungueales. Se presenta como una mácula, café oscuro con bordes irregulares, dentro de las cuales pueden aparecer pápulas, nódulos o placas. Es igualmente común en todas las razas y es la única forma de melanoma que se encuentra en individuos de piel oscura. Su edad de presentación es en individuos mayores de 65 años (Figs. 1 C y D).
- 4. Melanoma Lentigo Maligno.** Esta se ve más comúnmente en piel dañada por el sol, principalmente en cabeza y cuello de pacientes en la quinta década de la vida o mayores. Comienza como una mácula con bordes irregulares que aumentan a través de los años para convertirse en una mácula de forma irregular. Con el tiempo se pueden desarrollar una o más pápulas o nódulos, estos últimos pueden ser rosados o cafés. Las áreas palpables heraldan la presencia de invasión.

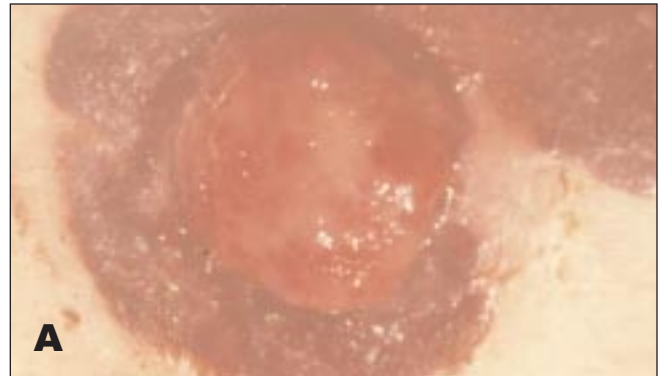


Figura 1. Tipos de melanoma.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Aparte de un examen visual cuidadoso, existen otras herramientas que nos pueden ayudar en el diagnóstico. La epiluminiscencia microscópica es una herramienta diagnóstica que involucra la aplicación de aceite de inmersión a la lesión pigmentada y posteriormente examinarla con un dermatoscopio. El aceite permite la visualización de la estructura no discernibles al simple examen visual.³

El otro método diagnóstico necesario en todas las lesiones que reúnen el A, B, C, D, E, F, es la biopsia. Una biopsia de una profundidad adecuada ayuda a determinar el grosor de la lesión que es uno de los factores pronósticos más importantes para determinar metastasis. La biopsia debe ser a grosor total, excisional cuando sea posible, exceptuando cuando ésta lesión se encuentra en la cara, palmas, plantas, parte distal de dedos y sitios sub ungueales; en estos últimos casos se recomienda una biopsia incisional o por punch.¹

La histopatología indicará si la lesión es benigna o maligna y esta debe incluir su grosor en milímetros y el estado de los márgenes. Si la lesión es maligna, se requiere una historia y examen físico completos, se deben palpar los ganglios linfáticos que drenan el sitio anatómico para determinar si hay agrandamiento, los sitios más comunes para metástasis de melanoma más allá de los ganglios linfáticos incluyen en orden de frecuencia: pies, tejido subcutáneo, ganglios linfáticos distantes, pulmones, hígado, cerebro, hueso, tracto gastrointestinal. El próximo paso es determinar el estadio mediante el grosor del tumor (Breslow), grado de penetración (nivel de Clark) y presencia o ausencia de metastasis nodales y sistémicas^{1,9} (ver Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1. Sobrevida de pacientes con melanoma de acuerdo a la clasificación de Breslow

Grosor (mm)	Sobrevida
Menor 0.75	99%
0.76- 1.50	94%
1.51 - 2.25	84%
2.26 - 3.00	77%
Mayor 3.00	46%

TRATAMIENTO

Una vez que está hecho el diagnóstico por biopsia, se debe hacer una excisión del melanoma. Cuando el melanoma se confina a la epidermis (melanoma *in situ*), una excisión completa es curativa. La excisión debe tener un margen de 0.5-1 cm. Melanoma de menos de 1mm se extraen con márgenes de 1 cm. Melanomas de 1-2 mm de grosor requieren márgenes quirúrgicos de 1-2 cm. Los melanomas entre 2 y 4 mm reciben márgenes de 2 cm. y aquellos con grosor mayor de 4 mm deben tratarse con un mínimo de margen de 2 cm.^{11,12}

MANEJO DEL NÓDULO LINFÁTICO

El manejo estándar de pacientes con lesiones más grandes de 1 mm de grosor es la realización de biopsia de ganglio centinela. El ganglio centinela es el primer nódulo o nódulos en el grupo de ganglios, hacia el cual drena el sitio primario de melanoma convirtiéndolo en un alto riesgo de metastásis. Si el ganglio centinela es negativo para melanoma, el resto de los ganglios en el grupo son casi siempre negativos. Si el ganglio centinela contiene melanoma es necesario hacer la disección del nódulo. Si un nódulo centinela es positivo significa que otros ganglios linfáticos en ese grupo son positivos.

La biopsia de ganglio linfático centinela es un procedimiento que involucra linfoscintigrafía preoperatoria y mapeo linfático transoperatorio utilizando una tinción azul o marcador radioactivo. Estos procedimientos se realizan sobre todo a nivel de grandes centros terciarios ya que los centros más pequeños todavía no tienen la capacidad de realizarlos. Se ha reportado linfedema posterior a la disección de estos ganglios. A nivel experimental se ha utilizado la técnica Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), para detectar células de melanoma. Esto, más los hallazgos histopatológicos mejoran la predicción de recurrencia de melanoma y sobrevida del paciente.¹²

OTROS TRATAMIENTOS

Se utiliza quimioterapia en pacientes con enfermedad metastásica. La única droga aprobada por la Food Drug Administration (FDA, USA), es la Dacarbazina (DTIC); Sin embargo, sólo produce un 10 - 25% de respuesta.

Además de excisión quirúrgica, que es el tratamiento de elección, tratamientos para léntigo maligno incluyen nitrógeno líquido, criocirugía, terapia con radiación y microcirugía de Mohs.¹¹ Recientemente, se ha aprobado el uso de Interleucina (IL-2) y para el tratamiento de melanoma metastásico. La combinación de quimioterapia más inmunoterapia parece ser prometedor.

TERAPIAS EXPERIMENTALES

Corrientemente se utilizan vacunas para melanomas en ensayos clínicos como terapia coadyuvante experimental para pacientes de alto riesgo posterior a resección.¹³ Se supone que esto estimula la respuesta inmune y previene o retrasa la progresión tumoral. Otra terapia experimental incluye la quimioterapia en perfusión aislada de miembro cuando el melanoma se limita al miembro superior o inferior.

PRONÓSTICO

El factor de riesgo más importante es el involucramiento de ganglios linfáticos regionales, seguido del grosor del tumor primario (Ver cuadro No. 1). En general, las mujeres tienen mayor sobrevivencia que los hombres, lo mismo que aquellos que tienen melanomas en brazos o piernas. Se asocia a pobre pronóstico cuando los tumores se localizan en manos y pies. Además, a mayor edad, peor pronóstico. Cuando estos melanomas están ulcerados se cree que son más agresivos.

SEGUIMIENTO

Se debe hacer énfasis en la vigilancia estricta de un paciente que ha tenido melanoma con el fin de hacer detección temprana de recidivas o detección de un segundo melanoma primario.¹⁴ Un ipso crucial en el seguimiento es determinar el número de nevos atípicos lo cual necesitará esfuerzo y atención extra. Los pacientes con melanoma previo deben seguirse por lo menos una vez por año durante 10 a 15 años de vida. Es aconsejable realizarles una radiografía de tórax, hemograma completa y pruebas de función hepática.^{15,16}

CONCLUSIÓN

La educación de los pacientes acerca de los riesgos de melanoma y de la autoexaminación cutánea puede aumentar las posibilidades de detección temprana. Es importante decirle al paciente que aunque la mayoría de los nevos son inofensivos, deben buscar cualquier lunar que sea inusual o que está cambiando de tamaño, color o bordes. La realidad es que tomar baños de sol con o sin filtros solares puede ser peligroso, así como lo son los salones de bronceado. Cuando esta exposición solar es inevitable, el paciente debe utilizar ropa protectora y filtros solares.

En el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela, se ha implementado "La semana del Lunar". Es una semana donde los pacientes son convocados por los distintos medios de comunicación para que asistan a evaluarse sus lunares y hacer una detección temprana de cáncer de piel.

REFERENCIAS

1. Miller J. Preventing mortality with cutaneous melanoma. *Patient Care* 1999; 33:34-56.
2. Valle R, Wilkinson O, Morales S. Estudio epidemiológico y clínico de la semana del lunar. *Revista Médica de los Postgrados UNAH* 1998; 3: 243-246.
3. Argenziano G, Fabbrocini G, Carlo P. Epiluminescence microscopy for diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions: Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point check list based on pattern analysis. *Arch Dermatol* 1998; 134:1563-1570.
4. Kittler H, Seltenehelm M, Dawid M, Dehamberger H, Wolffk, Binder M. Morphologic changes of pigmented skin lesions: A useful extension of the ABCD rule dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40:558-62.
5. Carli P, Massi D, Santucci M, Biggeri A, Giannotti B. Cutaneous melanoma histologically associated with a nevus. *J American Acad Dermatol* 1999; 40:549-57.
6. Ruiz R, Orozco M. Melanoma in children. *Arch Dermatol* 1997; 363-369.
7. Hall I, Miller D, Rogers D, Bewarse B. Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40:3542.
8. Dietrich AJ, Olson AI, Sox CH. A Community-based randomized trial encouraging sun protection for children. *Pediatrics* 1998; 102:E 64.
9. Daniel WP. Malignant melanoma: basic approach to clinic pathologic correlation. *Mayo Clin Proc* 1997; 72:267-272.
10. Gómez A, Gómez E. Melanoma maligno. UCA editores, 1a. Edición, 1995.
11. Banfield C, P R Rodeny, Dawber, Walker N, Stables G, *et al.*

- Mohs micrographic surgery for the treatment of *in situ*, nail apparatus melanoma: A case report. J Am Acad Dermatol 1999; 40:98-9.
12. Glass F, Cottam J, Reintgen D, Fenske N. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in the management of high-risk melanoma J Am Acad Dermatol 1998; 39:603-610.
 13. Josefson D. Las vacunas contra el melanoma muestran resultados alentadores. Br J Med 1998;6:105-106.
 14. Richert S, D Amico, F Rhodes A. Cutaneous melanoma: Patient surveillance and tumor progression. J Am Acad Dermatol 1998; 39:571-7.
 15. Terhune MH, Swanson N, Johnson TM. Use of chest radiography in the initial evaluation of patients with localized mehmoma Arch Dermátol 1998; 134:569-572.
 16. Huang C, Pronost N, Marghood A, Ropt A, Levim L, Bart R. Laboratory test and imaging studies in patients with c u t a - neous malignant melanoma. J Am Acad Dermatol 1998; 39:451-63.

=====
SÓLO SE DEJA GUIAR UN PUEBLO
CUANDO SE LE ENSEÑA UN PORVENIR;
UN JEFE ES UN COMERCIANTE DE ESPERANZA.

NAPOLEÓN.