

De léntigo maligno a léntigo maligno melanoma

Marcela González Z*

Elkin Peñaranda C**

Álvaro Acosta de Hart***

Xavier Rueda C†

Marian Rolón C††

Resumen

Se reporta un caso ilustrativo de un paciente de 77 años con lesión nodular pigmentada que apareció sobre una mácula color café de 15 años de evolución. La biopsia reporta melanoma maligno Clark IV, Breslow de 4 mm. Se revisa el riesgo de transformación de léntigo maligno a léntigo maligno melanoma. [González M, Peñaranda E, Acosta A, Rueda X, Rolón M. De léntigo maligno a léntigo maligno melanoma. MEDUNAB 2002; 5(14):109-111]

Palabras clave: Léntigo maligno, léntigo maligno melanoma, neoplasias de la piel.

Introducción

El léntigo maligno fue descrito por primera vez por Hutchinson en 1890, razón por la cual tomó el nombre de peca melanótica de Hutchinson. Posteriormente, Dubreuilh reportó varios casos de esta patología y desde entonces ha tomado diferentes nombres tales como léntigo maligno de la vejez, melanosis circunscrita precancerosa y melanoma maligno in situ; en la actualidad se acepta como denominación adecuada la de léntigo maligno.¹ La mayoría de autores se refieren a léntigo maligno cuando la hiperplasia de melanocitos atípicos se localiza en la epidermis y a léntigo maligno melanoma cuando hay un componente de invasión en la dermis.²

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 77 años quien consultó al Instituto Nacional de Cancerología (INC) por una lesión nodular de 4 cm de diámetro, pigmentada, de un año y medio de evolución que estaba localizada en la vertiente nasal derecha. Como antecedente de

importancia, el paciente refiere que la lesión apareció sobre una mácula de color café de 15 años de evolución, la cual fue cambiando de manera progresiva con zonas más pigmentadas (figura 1). El resto del examen físico era normal; no se evidenciaron adenopatías regionales.

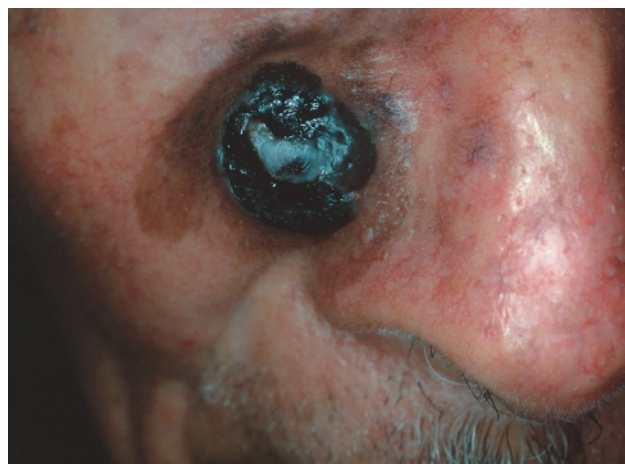


Figura 1. Lesión nodular pigmentada en vertiente nasal derecha, sobre lesión macular café.

* Residente III de Dermatología, Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín, Colombia.

** Dermatólogo; Fellow en Dermatología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

*** Dermatólogo oncólogo; Coordinador, Grupo de Dermatología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

† Dermatólogo oncólogo, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

†† Dermatopatóloga, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Dr. Peñaranda, carrera 41bis # 12A-52, interior 7, apartamento 302, Atabanza, Bogotá, Colombia.
E-mail: elkinpc@medicodermatologo.com.co

Recibido: junio 7/2002; **aceptado:** junio 25/2002.

Con la impresión diagnóstica de léntigo maligno melanoma se toma una biopsia de la lesión nodular, la cual es informada como melanoma maligno Clark IV, Breslow de 4 mm (Figura 2). Los exámenes complementarios de función hepática, deshidrogenasa láctica (LDH), radiografía de tórax y ecografía abdominal fueron normales.

Según estos hallazgos se confirma el diagnóstico de léntigo maligno melanoma en estadio II b (T4 N0 M0). Se remite al servicio de cirugía de cabeza y cuello para manejo quirúrgico local amplio (márgenes recomendados mínimos de 2 cm) y regional con vaciamiento ganglionar profiláctico.

Discusión

En series europeas y americanas, el léntigo maligno (LM) representa del 4 al 15% de todos los melanomas malignos en general y del 10 al 26% de los melanomas de cabeza y cuello. La exposición crónica a la radiación ultravioleta es el factor de riesgo más importante en su desarrollo, aunque también se asocian el color claro de la piel y la historia de quemaduras solares severas.¹

Los pacientes con LM por lo general son mayores de 40 años, con un promedio de edad de 65 años; se ha observado leve predominio de la enfermedad en mujeres. Clínicamente, el LM es una mácula asimétrica con bordes irregulares que muestra variación en el color, con áreas cafés, negras o inclusive del color de la piel, con tamaño superior a 6 mm en general.¹ El diagnóstico diferencial incluye queratosis actínica pigmentada, queratosis seborreica y, principalmente, léntigo solar.

Histológicamente se caracteriza por epidermis atrófica, asociado a elastosis solar y melanocitos atípicos en la capa basal, organizados en nidos. Hay presencia de melanocitos solitarios ascendiendo hacia la capa córnea, compromiso de los anexos, y a nivel de la dermis, infiltrado de linfocitos y melanófagos. La inmunohistoquímica es positiva para la proteína S-100 y el HMB-45.²

El diagnóstico histológico debe diferenciarse de hiperplasias melanocíticas que se encuentran en la piel actínica-estropeada en la que puede haber cambios como aplanamiento de la red de crestas y papilas, incremento en el número de melanocitos en la capa basal, con vacuolas intracitoplasmáticas que pueden causar distorsión de los núcleos y melanocitos grandes fusiformes.¹

El riesgo de un LM de invadir, es decir, de progresar a un léntigo maligno melanoma (LMM) no se ha podido determinar con exactitud, pues no se han realizado estudios longitudinales prospectivos en pacientes con LM,

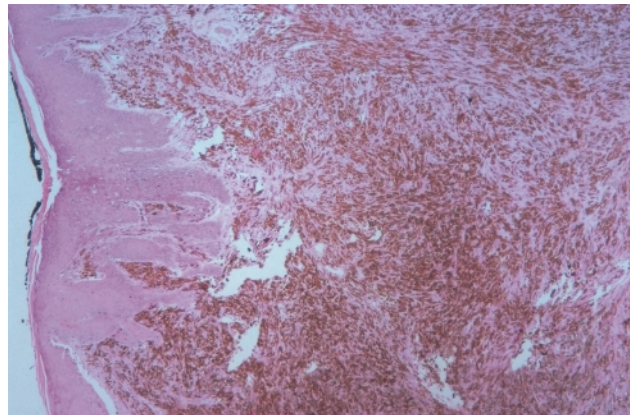


Figura 2. Con un aumento de 40x se observan las crestas epidérmicas con melanocitos atípicos formando un patrón lentiginoso que invaden todo el espesor del espécimen de la biopsia.

ya que esto implicaría dejar sin tratar a estos pacientes y mantenerlos en observación hasta que desarrollen LMM. Por esta razón el riesgo se ha estimado a partir de reportes de casos. El único estudio que ha cuantificado el riesgo de la transformación maligna del LM es un análisis epidemiológico realizado en 1987 por Weinstock y Sober, quienes determinaron que un paciente al que se le diagnosticó LM a los 45 años tendría un riesgo de 3.3% de desarrollar LMM a los 75 años y del 4.7% en toda su vida. Si esta persona presenta el LM a los 65 años, edad similar a la edad de aparición de la lesión en nuestro paciente, el riesgo de progresión a los 75 años sería del 1.2% y del 2.2% en toda su vida.³ Sin embargo, a diferencia de este estudio, hay múltiples reportes en la literatura que consideran que el porcentaje de progresión es más alto.¹ El riesgo de progresión se aumenta con el incremento del diámetro de la lesión. Cuando el paciente presenta un nódulo, la posibilidad de invasión es del 100%.⁴

Se ha estimado que la fase de crecimiento radial del LM puede durar de 10 a 50 años antes del desarrollo de LMM, pero hay algunos reportes que indican que aunque la progresión normalmente es lenta, cuando hay presencia de lesiones nodulares, éstas presentan un crecimiento rápido y están asociadas a la aparición de metástasis.¹ El pronóstico del LMM depende del grosor tumoral, igual a lo que ocurre en los otros tipos de melanoma y esto determina las recurrencias y sobrevida del paciente.⁵

En cuanto al tratamiento del léntigo maligno (melanoma *in situ*), se han empleado múltiples modalidades que incluyen, entre otras, técnicas destructivas como crioterapia y radioterapia, con la desventaja de ser métodos ciegos que no permiten detectar signos de invasividad del melanoma. Por esta razón, la mayoría de autores coinciden en recomendar la cirugía como terapia de elección con márgenes en cirugía convencional de 0,5 cm para el léntigo maligno y márgenes mínimos de 1 cm

para el léntigo maligno melanoma.¹ La posibilidad de cirugía de Mohs para el tratamiento del léntigo maligno se plantea como una alternativa que además de conservar tejido y tener altas tasas de curación en otros tumores, permitiría detectar la extensión subclínica del léntigo.⁶ Sin embargo, esta técnica podría no ser la más adecuada por la dificultad de interpretar la citología celular en cortes por congelación.¹

El vaciamiento ganglionar profiláctico se plantea en tumores invasivos a partir de 1,5 mm de Breslow, como se recomendó en este paciente. El ganglio centinela (detección del primer ganglio de drenaje de la zona) ha venido reemplazando esta práctica en tronco y extremidades. En cabeza y cuello hay mayores dificultades técnicas por el tipo de drenaje linfático y por lo tanto no es rutinaria su práctica.

Summary

From maligne lentigus to maligne lentigus melanoma. We report a case of a 77 year old man who presented with a pigmented nodular lesion that appeared where he had a brown macule for the last 15 years. A biopsy was taken and a malignant melanoma Clark IV, Breslow 4 mm was

diagnosed. Afterwards we present a review on the risk of transformation from lentigo maligna to lentigo maligna melanoma.

Key words: Lentigo maligna, lentigo maligna melanoma, skin neoplasms.

Referencias

1. Cohen LM, Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:923-36.
2. Tannous ZS, Lerner LH, Duncan LM, Mihm MC, Flotte TJ. Progression to invasive melanoma from malignant melanoma in-situ, lentigo maligna type. *Hum Pathol* 2000; 31:705-8.
3. Weinstock MA, Sober AJ. The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. *Br J Dermatol* 1987; 116:303-10.
4. Wayte DM, Helwig EB. Melanotic freckle of Hutchinson. *Cancer* 1968; 21:893-911.
5. Cox NH, Aitchison TC, Sirel JM, Mackie RM. Comparison between lentigo maligna melanoma and other histogenetic types of malignant melanoma of the head and neck. *Br J Cancer* 1996; 73:940-4.
6. Cohen LM, McCall MW, Zax RH. Mohs micrographic surgery for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. *Dermatol Surg* 1998; 24:673-77.